



Bollettino della Facoltà di Medicina
e Chirurgia dell'Università di Ancona

LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

In una mia lettera ai Docenti dei Diplomi, che accompagnava la distribuzione della *Guida alla Facoltà - Volume 2 - I Diplomi Universitari*, ho ricordato ai Docenti che i futuri Diplomati, rispetto ad un recente passato, non appaiono più meri applicatori di un mansionario, ma professionisti colti: professionisti in quanto in grado di operare con piena competenza nella ricerca e nell'assistenza clinica; colti, perchè hanno assorbito, nella loro permanenza universitaria, conoscenze, abilità e attitudine ad un loro continuo rinnovamento, non solo nell'ambito delle scienze mediche, ma anche di quelle discipline, etica, deontologia, storia e filosofia della scienza, economia, informatica, complementari ma irrinunciabili nella formazione di un Medico e di un Diplomato.

Questo obiettivo deve essere sempre presente nel nostro ruolo di formatori, accanto ad una nitida consapevolezza: il sapere è enorme ed il tempo per acquisirlo limitato; allora ciascuno di noi deve enucleare l'essenziale dal proprio insegnamento e con i Discenti condividere solo questo, educandoli nel contempo a saper identificare gli obiettivi "accessori" del sapere e i metodi e gli strumenti per conseguirli.

Credo sia lecito ricordare che i giovani non sono vasi da riempire ma fiaccole da accendere: se assumiamo ciò, allora anche l'autoapprendimento sarà un concreto e proficuo momento didattico, alla pari della didattica frontale e di quella interattiva e il tempo che lo Studente dedicherà ad esso sarà dal Docente accuratamente protetto da ogni improvvida interruzione.

Queste considerazioni devono trasformarsi in convinzioni interiori di tutti noi, Docenti e Discenti, così come il rispetto scrupoloso delle "Regole", l'insieme cioè di norme, disposizioni, fasi didattiche, orari, calendari, scadenze che periodicamente il Comitato Didattico diffonde attraverso i due organi ufficiali della Facoltà, le Guide e il Bollettino; tutto ciò nella consapevolezza che educare i giovani all'applicazione attenta di regole, dibattute e collegialmente condivise, rappresenta anch'esso un indispensabile momento formativo.

Mi è sembrato opportuno, ad inizio d'anno, trasmettere tramite il Bollettino queste raccomandazioni a quanti costituiscono la nostra Facoltà e ne condividono i destini.

Prof. Tullio Manzoni
Preside della Facoltà

LETTERA DEL PRESIDE	1
LE NUOVE FRONTIERE DELLA MEDICINA	2
OSSERVATORIO	4
VITA DELLA FACOLTÀ	
- FORUM	9
- A MEDICINA, DI SERA	9
- DIDATTICA INTERATTIVA IN CLINICA	10
- CORSI MONOGRAFICI	12
- LA MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE	14
I NUOVI FARMACI	16
STORIA DELLA MEDICINA	18
LA RICERCA CLINICA	19
APPUNTI DEL SENATO ACCADEMICO	24
LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	26
DALL'ATENE0 DORICO	28
LETTERE	29
NOVITÀ IN BIBLIOTECA	30
CONGRESSI, CORSI, CONFERENZE	30
AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO	31



Gli ectoenzimi sono membri di un gruppo crescente di molecole localizzate sulla superficie cellulare, laddove catalizzano reazioni di varie complessità e i cui prodotti finali vengono impiegati nell'ambiente extra-cellulare ed anche all'interno delle cellule. La definizione di ectoenzimi è relativamente recente, in quanto non molti biologi cellulari si aspettavano funzioni così importanti a carico di molecole apparentemente appese casualmente al di fuori della cellula. Solo negli ultimi due o tre anni è apparso che il numero delle molecole appartenenti alla famiglia degli ectoenzimi è in rapida crescita, avendo raggiunto ormai circa il 3% delle molecole di superficie riconosciute dal *Workshop sugli Antigeni di Differenziamento*¹.

Uno di questi membri è la molecola CD39, la quale ha una storia paradigmatica del percorso che viene seguito per definire una struttura cellulare e per delinearne le implica-

zioni biomediche. Un gruppo dell'Università di Harvard (Boston, MA) guidato da G. Guidotti studiava gli scorsi anni l'ecto-api-

Ectoenzimi

FABIO MALAVASI, FRANCA SACCUCCI,
CRISTINA CINTI E ARMANDO GREGORINI
Istituto di Biologia e Genetica

ras, un enzima purificato dalle normali patate che si impiegano in cucina. L'attività enzimatica fu caratterizzata e - come sempre avviene in questi casi - l'enzima sequenziato in termini di proteina e il suo gene clonato². Non appena la sequenza proteica è stata disponibile, questa è stata confrontata con le sequenze disponibili nelle varie banche dati che raccolgono tutte le informazioni sulle strutture caratterizzate in tutti i laboratori del mondo. Con sorpresa, si è visto che la sequenza proteica di questo enzima purificato dalla patata era sostanzialmente identica ad una molecola umana già nota dall'inizio degli anni '80 e che veniva espressa durante il differenziamento linfocitario B. Tale molecola era stata *clusterizzata* come CD39, usati in clinica prevalentemente per fenotipo di leucemie o per infezioni da virus di Epstein-Barr, ma che non aveva mai trovato nulla di simile a se stesso tra i dati fino allora immagazzinati nelle banche dati.

A questo punto ci si è chiesto se si trattava di un semplice caso di similitudine oppure anche la molecola CD39, fino allora considerata *orfana* in quanto non ne era nota la funzione, avesse la stessa attività enzimatica trovata per l'enzima derivato dall'umile tubero. La risposta è stata ovvia-

mente positiva e quindi si concluse che la molecola CD39 era dotata di attività enzimatica in grado di idrolizzare ATP e ADP con efficienze similari³.

Uno dei punti importanti nella vita di un ectoenzima, oltre ovviamente alla sua specifica attività enzimatica, è la distribuzione tissutale, che funziona da sistema di regolazione. È emerso da dati più recenti che molti di tali ectoenzimi sono espressi da cellule endoteliali, che non sono delle semplici barriere tra sangue e tessuti ma rappresentano una attivissima componente cellulare dalle molteplici funzioni, numerose delle quali ancora in definizione. Appunto qui è iniziata la parte più complessa del normale percorso di definizione di una molecola e che risponde alla domanda di quale ruolo svolga *in vivo*. Le strategie finora adottate per rispondere a questo punto si basano generalmente sulla induzione in animali da esperimento di una perdita selettiva del gene che codifica la molecola mediante la tecnica di *knock-out* (KO). Sono stati quindi ottenuti dei topolini KO per CD39, mancanti del gene codificante la molecola in questione: in questi casi si è osservato la comparsa di una rilevante modifica della fluidità sanguigna e di attivazione piastrinica. Gli effetti più importanti causati dalla rottura del gene CD39 sono quindi rappresentati da una alterazione clinicamente significativa della emostasi e della regolazione della formazione del trombo⁴.

Quindi la molecola CD39, un membro della famiglia degli eptonucleoside trifosfato difosfoidrolasi (famiglia definita E-NTPase), è il più importante regolatore di questi effetti a livello della superficie interna dei vasi. E la sua posizione dominante nel sistema è ulteriormente rinforzata dal fatto che topolini KO per molecole simili (quali PC-1) non presentano segni vistosi di alterazioni patologiche⁵. Il destino dei prodotti delle reazioni codificate da CD39 è di andare ad impegnare i recettori purinergici espressi dalle piastrine, i quali fanno parte di una lunga catena di interazioni funzionali (vedi figura). Le molecole coinvolte in questo gioco interattivo hanno in comune la caratteristica di essere ectoenzimi, sono molto antiche nella storia della vita (CD39 ha un suo parente addirittura nel mondo vegetale, CD38 nella *Aplysia* e lo stesso si verifica per PC-1)^{6,7}. Un'altra proprietà condivisa è che tali molecole tendono a localizzarsi in aree topograficamente ben definite, assumendo dei legami laterali fisici e non solo funzionali. In





alcuni tessuti tali associazioni si presentano sotto forma di *caveolae*, entità anatomico-funzionali di recente definizione.

Alla fine di questa lunga storia emerge ancora una volta che la messa in comune di dati provenienti dalla ricerca di base e da quella clinica (e forse anche la disponibilità e la facilità di accesso a banche dati) ha permesso di giungere a conclusioni che costituiscono una preziosa ricaduta in termini di medicina traslazionale.

BIBLIOGRAFIA

1) J.W. GODING AND M.C. HOWARD. *Ecto-enzymes of lymphoid cells.* Immunol Rev 161: 5-10, 1998.

2) T.F. WANG, Y. OU AND G. GUIDOTTI. *The transmembrane domains of ectoapyrase (CD39) affect its enzymatic activity and quaternary structure.* J Biol Chem 38: 24814-24821, 1998.

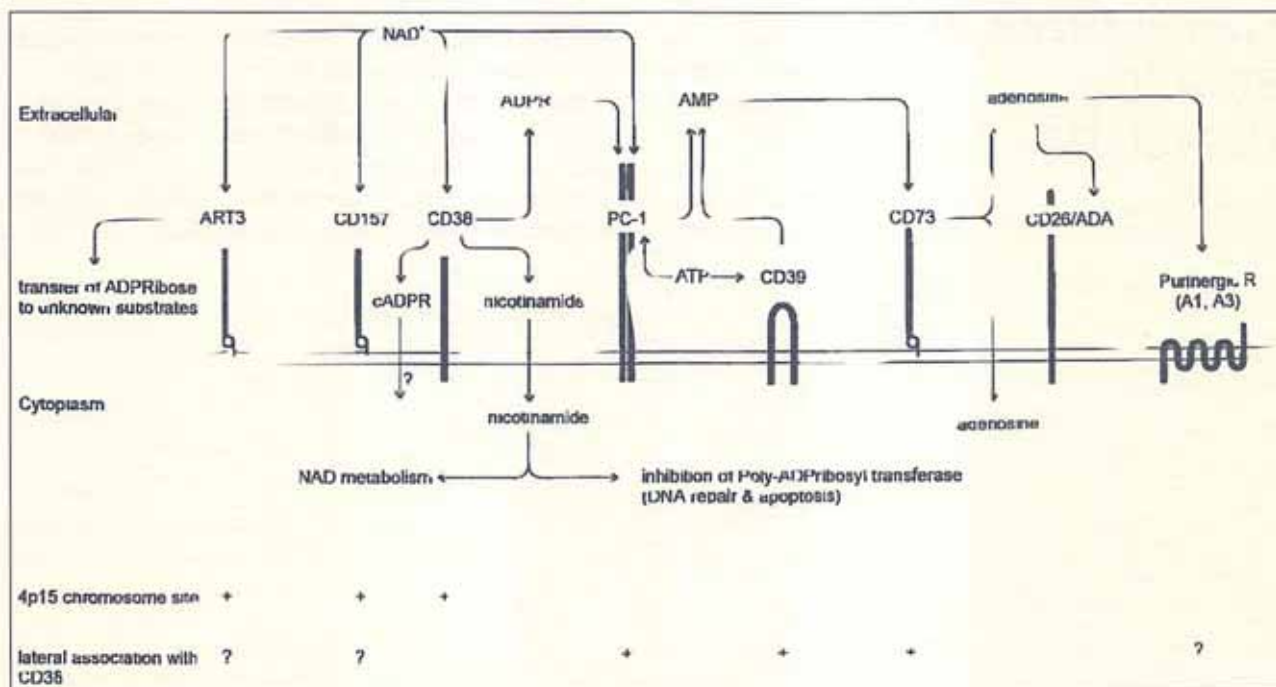
3) B.P. CHADWICK AND A.M. FRISCHALF. *The CD39-like gene family: identification of three new human members (CD39L2, CD39L3 and CD39L4), their murine homologues, and a member of the gene family from Drosophila melanogaster.* Genomics 3: 357-67, 1998.

4) K. ENYOJI, J. SEVIGNY, Y. LIN, P.S. FRENETTE, P.D. CHRISTIE, J.S. II ESCH, M. IMAI, J.M. EDELBERG, H. RAYBURN, M. LECH, D.L. BEELER, E. CSIZMADIA, D.D. WAGNER, S.C. ROBSON AND R.D. ROSENBERG. *Targeted disruption of CD39/ATP diphosphohydrolase results in disordered hemostasis and thromboregulation.* Nat Med 9: 1010-1017, 1999.

5) J.W. GODING, R. TERKELTAUB, M. MAURICE, P. DETERRE, A. SALI AND S.I. BELLI. *Ecto-phosphodiesterase/pyrophosphatase of lymphocytes and non-lymphoid cells: structure and function of the PC-1 family.* Immunol Rev 161: 11-26, 1998.

6) E. FERRERO, F. SACCUCCI AND F. MALAVASI. *The human CD38 gene: polymorphism, CpG island and linkage to the CD157 (BST-1) gene.* Immunogenetics 49: 597-604, 1999.

7) E. FERRERO AND F. MALAVASI. *The metamorphosis of CD38: from soluble enzyme to leukocyte receptor.* J Leukoc Biol 65: 151-161, 1999.





L'applicazione dei Decreti Legislativi per la sicurezza e la salute dei lavoratori sul proprio luogo di lavoro (il D.Lgs. 626/94 - il D.Lgs. 242/96 - ed il recentissimo Decreto Interministeriale 363/98), al di là del concreto e tangibile miglioramento delle condizioni delle attività lavorative, ha avuto il grande pregio di innovare e sviluppare proprio la *forma mentale* della concezione del lavoro. Questo salto di qualità, oltre ad allinearci all'Europa, ci obbliga, favorevolmente, a prendere piena coscienza del proprio ruolo lavorativo, ad ogni livello; sia nel contesto di piccola unità, che più in generale, dell'Azienda o dell'Ente (nel nostro caso dell'Ateneo), facendoci incredibilmente scoprire che la *sicurezza* può e deve essere una delle *qualità del lavoro*.

La corresponsabilità operativa che si evince dalla Legislazione per la Sicurezza in ambito universitario (datore di lavoro, medico competente, responsabile del servizio di prevenzione e protezione, responsabile della attività didattica e di ricerca,

rappresentante dei lavoratori per la sicurezza) riesce a delineare un quadro generale in cui non soltanto i dirigenti e gli addetti ai lavori, ma anche il singolo lavoratore, costituiscono un punto di riferimento. Alla definizione di questo

nuovo modello di prevenzione si affianca la specifica tematica dell'Emergenza e del Pronto Intervento. In questa ottica definita delle reciproche responsabilità, dando per scontato che ogni Ateneo abbia già eseguito l'analisi dei rischi (identificazione e valutazione) ed abbia programmato le relative misure di controllo, la gestione dell'emergenza si dovrà inserire nell'organizzazione preventiva con una struttura deputata e con specifiche competenze.

I soggetti "aziendali" della Sicurezza e dell'Emergenza

La disciplina prevenzionistica italiana "ante D.Lgs. 626/94", fortemente caratterizzata da una impronta di oggettività anziché di soggettività, trova, nell'entrata in vigore di questa più moderna legislazione, l'opportunità di un recupero valoriale e culturale del suo essere. Dato per scontato che la consapevolezza del rischio, da parte di tutti gli attori del mondo del lavoro, è ormai diventata patrimonio comune, diviene indispensabile la collaborazione di tipo "partecipativo". E' ormai tempo di superare la visione conflittuale, tra datore di lavoro e lavoratore, nel campo della sicurezza; altrimenti resteremo ancorati al vecchio schema che vedeva il prestatore d'opera semplice titolare di un diritto, che doveva, però, essergli garantito da altri, indipendentemente da qualsiasi suo contributo o ruolo svolto all'interno dell'azienda.

L'istituzione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza, introdotta innovativamente dal D.Lgs. 626/94, ha giustamente regolamentato, sistematicamente, la partecipazione diretta alla organizzazione della prevenzione nei luoghi di lavoro. Ai lavoratori sono stati riconosciuti: *il diritto di*

Il Decreto Interministeriale 363/98 La sicurezza in ambito Università

Cattedra di Igiene





essere consultati, il diritto di essere informati, il diritto ad una formazione adeguata e specifica ed il diritto di esercitare un costante controllo sull'osservanza delle misure di prevenzione. La valutazione del rischio, per fare un esempio, rappresenta il fulcro dello "schema della prevenzione" e non può più, quindi, essere solo una incombenza dell'impresa/azienda, bensì deve diventare il momento qualificante della "soggettività" dei lavoratori, che vanno coinvolti attraverso una continua e mirata opera di sensibilizzazione.

Per il nostro ambito universitario, in tema di sicurezza, possiamo definire le seguenti figure: il datore di lavoro (Rettore, e/o Dirigente, e/o Direttore [di Dipartimento, di Istituto]), a seconda della autonoma determinazione che ogni Ateneo si è data, o vorrà darsi; il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, il Medico competente, il Responsabile delle attività di didattica e di ricerca in laboratorio, il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza e il Responsabile della squadra di Emergenza e di Pronto Intervento. A quest'ultima figura, in casi particolari, ove ciò sia valutato e ritenuto assolutamente necessario, è affiancato (o sovrapposto) il Responsabile del Servizio di Pronto Soccorso.

Per ciò che concerne, in particolare, l'Emergenza ed il Pronto Intervento (Prevenzione incendi, evacuazione dei lavoratori [ed eventuale pronto soccorso]), rammentiamo che il D.L. 363/98, all'art. 8, così recita: "In attesa dell'emanazione di una specifica normativa di prevenzione incendi per le strutture universitarie, si applicano, con procedimento di deroga, le disposizioni previste nell'art. 6 del D.P.R. n° 37 del 12 gennaio 1998". Le motivazioni della richiesta di deroga debbono essere formulate nel rispetto dei principi di base e delle misure tecniche fondamentali previsti dall'art. 3 del D.P.R. n° 577 del 29 luglio 1982. *Ma le deroghe non possono bastare, né lo possono i nulla osta provvisori.* Si ritiene opportuno, quindi, in attesa di specifica normativa per l'università, la presa in carico di quanto previsto dal Decreto Ministero dell'Interno del 10 marzo 1998: "Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro".

In conclusione, guardando lo schema generale della sicurezza e dell'emergenza, nonché le figure "corresponsabili" che lo compongono, possiamo considerare l'informazione come la base ed il mezzo per una organizzazione aziendale efficiente, anche in materia di prevenzione. Dal tipo di modalità con cui verrà garantita dipenderà la "qualità" dell'azienda stessa e di chi ne fa parte. Ecco, allora, che la comunicazione del rischio dovrà connotarsi come una attività progettuale con precisi e predefiniti obiettivi, tempi e metodi.

Le peculiarità delle strutture universitarie

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n° 246, in data 21/10/1998, con il Decreto Interministeriale 5 agosto 1998, di concerto tra il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, il Ministero della Sanità, il Ministero della Funzione Pubblica ed il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, è stato pubblicato il Regolamento recante norme per l'individuazione delle particolari esigenze delle Università e degli Istituti di Istruzione Universitaria ai fini delle norme contenute nel D. Lgs. n° 626/94 e successive modificazioni ed integrazioni.

Nel preambolo, alle prime considerazioni, alla lettera a) si fa riferimento alla garanzia della libertà di ricerca e di didattica (sancite dall'art. 33 della Costituzione) nonché alla Legge 168/89 (istitutiva dell'autonomia dell'Università); alla lettera b) si può riscontrare, da subito, la peculiarità delle Università "in quanto realtà nelle quali si svolgono attività di ricerca, di didattica, di assistenza e di servizio, per natura ed organizzazione diverse da altre attività di produzione di beni o di servizi".

Nelle seconde considerazioni, inoltre, si entra più nello specifico, individuando le particolari esigenze delle istituzioni universitarie. In sintesi, dalla lettera a) alla lettera d) viene ulteriormente precisato "chi fa, cosa, come, dove e quando"; alla lettera e), invece, troviamo un ambito ricorrente ed assai particolare nelle sedi universitarie, che "...talora utilizzano un patrimonio edilizio ed immobiliare di particolare pregio culturale, sottoposto a vincoli di tutela, che è caratterizzato da una molteplicità di origini e di destinazioni". Appare evidente, quindi, come quanto detto possa creare (o aver creato) difficoltà applicative per la messa a norma in sicurezza di quanto previsto dal D.Lgs. 626/94 e per quanto concerne, in particolare, la prevenzione antincendio e l'evacuazione dei lavoratori in caso di emergenza.

Di seguito, alla lettera f), viene evidenziato come le attività didattiche in ambito università, sia quelle scientifiche che quelle culturali, siano aperte anche a persone esterne e non siano riconducibili fra le attività scolastiche o di pubblico spettacolo. Alla lettera g) sono presentate le molteplici tipologie di rischio che nelle strutture universitarie (laboratori, stabulari, officine, ecc..) possono essere differenziate, tanto per qualità che per intensità. Alla lettera h) si accenna alla previa definizione dei ruoli in caso di collaborazioni tra università ed altri enti di ricerca, onde evitare una sovrapposizione di funzioni.

La lettera i) evidenzia come alcune università siano articolate in più sedi (anche qui vengono a proporsi difficoltà operative, a partire dalla stesura sia del Piano di Emergenza di Ateneo,





sia di quello di Facoltà o di Polo Didattico); mentre la lettera l) rimanda ai singoli Statuti di Ateneo l'articolazione delle attività universitarie, considerando le peculiari connotazioni di specificità per ciascuna sede. Alla lettera m), infine, si discute della difficoltà di poter individuare un unico datore di lavoro "...in ragione della molteplicità delle attività istituzionalmente svolte, relative alla didattica, alla ricerca, all'assistenza, ai servizi ed all'amministrazione, della riconosciuta autonomia delle singole strutture e dei ricercatori, nonché della molteplicità delle unità produttive di riferimento".

Il Decreto Interministeriale 363/98

Entrando nell'articolato del Regolamento per la Sicurezza nelle Università (che d'ora in poi citeremo, per comodità, come Decreto 363/98), all'art. 1 (*Campo di applicazione e particolari esigenze*) constatiamo che le norme di cui al D.Lgs. 626/94 si applicano a tutte le attività svolte nelle università, sia all'interno che in sedi esterne. Questa precisazione è di fondamentale importanza, in quanto fa pesare la valenza del D.Lgs. 626/94 in ambito universitario nei confronti del Decreto 363/98 che ne è discendente, nell'organizzazione applicativa e nell'operatività.

All'art. 2 (*Soggetti e categorie di riferimento*) al comma 1. si parla di datore di lavoro, che viene individuato, con apposito provvedimento, nel rettore o nel soggetto di vertice di struttura o di raggruppamento di strutture omogenee (unità produttiva dotata di poteri di spesa e di gestione); il comma 2. specifica che cosa si intende per unità produttive (dipartimenti, istituti, centri) ribadendo che la loro istituzione ed i poteri di spesa e di gestione loro assegnati debbono essere individuati negli atti generali dell'Ateneo. Il primo richiamo ad un ipotetico caso di emergenza è al comma 3., dove si definiscono i laboratori: "luoghi o ambienti in cui si svolgono attività didattiche o di ricerca o di servizio, che comportano l'uso di macchine, di apparecchiature ed attrezzature di lavoro, di impianti, di prototipi o di altri mezzi tecnici, ovvero di agenti chimici, fisici o biologici".

Sono considerati laboratori, altresì, le attività svolte fuori sede, quali, ad esempio: campagne archeologiche, geologiche e marittime. Di seguito, sempre nel comma 3., si esplicita la distinzione tra laboratori di didattica, di ricerca e di servizio, sulla base delle attività svolte e, per ognuno di essi, il richiamo è a considerare l'entità del rischio e ad individuare specifiche misure preventive e di protezione, tanto per il normale funzionamento che in caso di emergenza, nonché misure di sorveglianza sanitaria. In breve, poi, il comma 4. elenca chi viene considerato "lavoratore" in ambito universitario (oltre

quello organicamente strutturato) e cioè il personale di Enti convenzionati (salvo diversa specifica), gli studenti dei corsi universitari, i dottorandi, i tirocinanti, gli specializzandi ed i borsisti o equiparati, quando frequentino i laboratori (di cui sopra) e che, in ragione dell'attività svolta, siano esposti a rischi, individuati nel documento di valutazione.

Il comma 5. individua la "nuova" figura professionale del responsabile delle attività di didattica e di ricerca; cioè colui che, individualmente o come coordinatore di gruppo, svolge attività didattiche o di ricerca in laboratorio (obblighi e mansioni elencate al successivo art. 5).

All'art. 3 (*Obblighi ed attribuzioni del Rettore*) sono elencate le competenze del Rettore, in quanto presidente del Consiglio di Amministrazione di Ateneo, ovvero del "datore di lavoro", ove diversamente individuato con apposito provvedimento, e cioè: a) il coordinamento delle attività dei servizi di prevenzione e protezione e l'effettuazione della riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi; b) la presentazione periodica al Consiglio di Amministrazione, per le determinazioni di competenza, del piano di realizzazione progressiva degli adeguamenti di cui all'art. 3 del D.Lgs. 626/94, tenendo conto dei risultati della riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi.

L'art. 4 (*Obblighi ed attribuzioni del datore di lavoro*), ai sensi del sopracitato art. 2, recita che il datore di lavoro deve provvedere: a) alla valutazione del rischio per tutte le attività (tranne quelle in convenzione con Enti esterni) [vedi art. 10]. Per lo specifico connesso alle attività di ricerca che direttamente diano o possano dare origine a rischi, la responsabilità sulla valutazione spetta, in via concorrente, al datore di lavoro e al responsabile della attività didattica o di ricerca in laboratorio; b) a nominare il medico competente, ai sensi degli artt. 4, 16 e 17 del D.Lgs. 626/94 e, nel caso di nomine plurime, ad individuare un coordinatore tra i medici incaricati; c) ad elaborare il documento di cui al comma 2 dell'art. 4 del D.Lgs. 626/94, in collaborazione con i responsabili delle attività didattiche o di ricerca [vedi successivo art. 5]; d) a nominare il responsabile del servizio di prevenzione e protezione; e) a svolgere tutte le altre funzioni, non previste nelle lettere precedenti a), b), c) e d), attribuitegli dalla legge che non abbia espressamente delegato.

All'art. 5 (*Obblighi ed attribuzioni del responsabile della attività didattica e di ricerca*) entra, appunto, in tema di sicurezza, questa nuova e peculiare figura del mondo accademico. Il comma 1 prevede che il responsabile, nello svolgere la propria attività, ai fini della valutazione del rischio e per individuare le conseguenti misure di prevenzione e protezione, collabori con il Servizio di prevenzione e protezione, con il medico competente e con le altre figure previste dalla normativa





vigente. Il comma 2 definisce che il responsabile, all'inizio di ogni anno accademico, prima di iniziare nuove attività e in occasione di cambiamenti rilevanti dell'organizzazione della didattica e della ricerca, identifichi tutti i soggetti esposti a rischio.

In particolare, al comma 3, per il responsabile delle attività didattiche e di ricerca, nei limiti delle proprie attribuzioni e competenze, è previsto che debba: a) attivarsi al fine di eliminare o ridurre a minimo i rischi in relazione alle conoscenze del progresso tecnico, dandone preventiva ed esauriente informazione al datore di lavoro; b) attivarsi, in occasione di modifiche delle attività significative per la salute e per la sicurezza degli operatori, affinché venga aggiornato il documento di cui al comma 2 dell'art. 4 del D.Lgs. 626/94, sulla base della valutazione dei rischi; c) adottare le misure di prevenzione e protezione, prima che le attività a rischio vengano poste in essere; d) attivarsi per la vigilanza sulla corretta applicazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi; e) frequentare i corsi di formazione ed aggiornamento organizzati dal datore di lavoro con riferimento alla propria attività ed alle specifiche mansioni svolte.

L'art. 6 (*Formazione ed informazione*), al comma 1., fonde restando le attribuzioni di legge del datore di lavoro in materia di formazione e informazione dei lavoratori, ne dà incarico anche al responsabile delle attività didattiche e di ricerca, nei limiti delle proprie attribuzioni; il responsabile può provvedere direttamente o può avvalersi di un qualificato collaboratore, ma dovrà comunque formare ed informare tutti i soggetti esposti sui rischi e sulle misure di prevenzione e protezione che devono essere adottate, al fine di eliminarli o ridurli al minimo, in relazione alle conoscenze del progresso tecnico, dandone preventiva ed esauriente informazione al datore di lavoro.

Il comma 2. entra ancor più nello specifico, poiché recita che il responsabile delle attività didattiche e di ricerca in laboratorio è tenuto altresì ad informare tutti i suoi collaboratori sui rischi specifici connessi alle attività svolte e sulle corrette misure di prevenzione e protezione, sorvegliandone e verificandone l'operato, con particolare attenzione nei confronti degli studenti e dei soggetti ad essi equiparati.

L'art. 7 (*Rappresentanze dei lavoratori per la sicurezza*), al comma 1., individua fra tutto il personale di ruolo (docente, ricercatore, tecnico ed amministrativo) le rappresentanze dei lavoratori per la sicurezza, purché, ovviamente, non ricopra le funzioni di datore di lavoro. Le modalità sono fissate da regolamenti appositi in sede di contrattazione decentrata.

Il comma 2. affronta il tema delle composizioni e delle ulteriori attribuzioni degli R.L.S. (d'ora in poi così li citeremo, per brevità). Viene qui palesata anche l'eventuale integrazione

delle rappresentanze studentesche. C'è ancora il richiamo, per la definizione della tematica, in sede di contrattazione decentrata e l'invito a tenere presenti le particolari esigenze connesse con il servizio espletato dalle università, così come individuate dal decreto stesso.

L'art. 8 (*Prevenzione incendi*) prevede un solo comma, di carattere interlocutorio, poiché vi si recita che "In attesa dell'emanazione di una specifica normativa di prevenzione incendi per le strutture universitarie, si applicano, con procedimento di deroga, le disposizioni previste nell'art. 6 del D.P.R. n° 37 del 12 gennaio 1998". Le motivazioni della richiesta di deroga debbono essere formulate nel rispetto dei principi di base e delle misure tecniche fondamentali previsti dall'art. 3 del D.P.R. n° 577 del 29 luglio 1982. Attendiamo, quindi, la specifica normativa per l'università!

L'art. 9 (*Progettazione ed utilizzo di prototipi e nuovi prodotti*) in merito all'impiego di prototipi di macchine, di apparecchi ed attrezzature di lavoro, di impianti o di altri mezzi tecnici, realizzati ed utilizzati nelle attività di ricerca, di didattica e di servizio, al comma 1., indica, sia per il datore di lavoro, che per il responsabile delle attività di didattica e di ricerca, per quanto di loro specifica competenza, due compiti precisi: a) garantire la corretta protezione del personale, mediante valutazione, in sede di progettazione, dei possibili rischi connessi con la realizzazione del progetto e con l'adozione di eventuali specifiche precauzioni, sulla base delle conoscenze disponibili; b) provvedere affinché gli operatori siano adeguatamente formati ed informati sui particolari rischi e sulle particolari misure di prevenzione e protezione.

Il comma 2 estende le disposizioni del comma precedente, dandone applicazione anche in caso di produzione, detenzione ed impiego di nuovi agenti chimici, fisici o biologici.

Il comma 3, infine, ancora sia per il datore di lavoro, che per il responsabile delle attività di didattica e di ricerca, per l'attuazione delle disposizioni del presente articolo, recita che gli stessi si avvalgono della collaborazione del servizio di prevenzione e protezione, del medico competente e delle altre figure previste dalle disposizioni vigenti.

L'art. 10 (*Convenzioni nelle attività di ricerca, di didattica, di assistenza o di servizio*), al comma 1., per tutte le fattispecie non disciplinate dalle disposizioni vigenti, individua i soggetti cui competono gli obblighi previsti dal D.Lgs. 626/94 in appositi accordi, d'intesa tra le università e gli enti convenzionati. Ciò al fine di garantire la salute e la sicurezza di tutto il personale che presta la propria opera per conto dell'università presso enti esterni, così come di quello di enti che svolgono la propria attività presso le università.

Il comma 2., si occupa ancora delle modalità relative all'elezione o alla designazione delle rappresentanze dei lavoratori





per la sicurezza, collocandone la definizione in sede di contrattazione decentrata. [Con molta franchezza, però, si fa presente che tale comma avrebbe potuto trovare più consona collocazione all'interno dell'art. 7 del presente Regolamento].

Brevi considerazioni personali

Questo Regolamento, si è già detto, è sotto l'egida del D.Lgs. 626/94 e ne affronta il particolare ambito universitario; resta il fatto che i livelli più alti di cultura, di scienza, di studio, di ricerca e di formazione, avrebbero meritato qualcosa di più. Se non altro in considerazione delle dettagliate "considerazioni" in premessa del Decreto che dispone il Regolamento. In particolare, all'art. 8, proprio per l'ambito dell'Emergenza, possiamo notare che l'aver derogato sulla specifica normativa di prevenzione antincendio, in attesa di una apposita normativa per le strutture universitarie, oltre ad una imbarazzata perplessità, ci porta a constatare un colpevole ritardo.

Una ulteriore ottica negativa, nell'applicazione di questo Regolamento, potrà derivare, inoltre, proprio dalla "autonomia" dei singoli Atenei che, in virtù della stessa, potranno attuare un loro "modello di emergenza"; avremo così numerosi modi di concepire l'emergenza, secondo la discrezionalità e/o la minore o maggiore sensibilità "tecnica" degli addetti responsabili. I più accorti proporranno i modelli migliori e più all'avanguardia in tema di sicurezza e di emergenza, gli altri, con modelli minimi, si accontenteranno di aver comunque rispettato la legge. Il risultato finale sarà che in Atenei diversi, i lavoratori saranno "protetti" sul loro luogo di lavoro in modi diversi (chi bene e chi male); ecco il limite di una legislazione che, improvvidamente, viene calata in ambito di autonomia gestionale: la sicurezza e la salute, invece, sono da considerare un bene intangibile ed un diritto di ogni lavoratore! Tutto ciò è il sistema università; per quanto complicato e difficile appaia, occorrerà darsi, necessariamente e comunque, una concreta e ben adeguata organizzazione per la gestione della Sicurezza e dell'Emergenza.





Forum

Venerdì, ore 12.45-14.15

I Forum di Facoltà, che si svolgono tutti i venerdì a partire da ottobre, dalle 12.45 alle 14.15, raccolgono insieme studenti in Medicina e in Odontoiatria, studenti dei Diplomi e delle Scuole di Specializzazione, intorno a temi che devono costituire un patrimonio culturale irrinunciabile di tutti coloro che operano nella Sanità: Etica e Deontologia Medica, Storia della Medicina, Filosofia e Scienze, Economia e managerialità, I sistemi di qualità, Uso del computer in Medicina.

Due sono gli obiettivi che questi Forum si prefiggono, il primo curare uno spirito di squadra: Medici, Infermieri, Specialisti, Tecnici delle professioni sanitarie sono tutti figli di Esculapio, che condividono gli stessi obiettivi; devono quindi prepararsi a collaborare ed integrarsi e devono pertanto avere momenti comuni di formazione, opportunità d'incontro e di dialogo già nella fase di preparazione alla professione.

Il secondo obiettivo è ovviamente quello di completare la formazione scientifica, mettendo gli studenti a contatto con problemi di Etica, di Storia della Medicina, di Filosofia e fornendo loro competenze di Economia e Informatica al fine di adeguare la loro formazione alla rinnovata richiesta della società. La frequenza ai Forum, fortemente raccomandata per i fini che si prefiggono, porta all'acquisizione di otto crediti per ciascuno dei sei Forum previsti.

Si inizia con Deontologia ed Etica delle professioni sanitarie, Forum coordinati da Daniele Rodriguez e che seguiranno il calendario allegato.

Deontologia ed Etica delle professioni sanitarie

5 novembre 1999	Etica, deontologia, diritto (Prof. Daniele Rodriguez)
19 novembre 1999	L'attività professionale ed i minori di età (Prof. Daniele Rodriguez)
26 novembre 1999	I codici deontologici del medico e dell'infermiere a confronto. <i>Parte prima:</i> tutela della salute ed autodeterminazione dell'assistito (Dr. Mariano Cingolani)
3 dicembre 1999	I codici deontologici del medico e dell'infermiere a confronto. <i>Parte seconda:</i> esercizio professionale e tutela dei diritti della persona (Dr. Mariano Cingolani)

A Medicina, di sera

Istituzionalmente la Facoltà, quale componente dell'Università, è la sede precipua di produzione, conservazione e trasmissione del pensiero medico da parte di personale professionalmente deputato a ciò verso i giovani che si formano alle Scienze Mediche.

Il rapporto con il territorio non può tuttavia limitarsi all'incontro con il giovane che "va all'Università", ma deve naturalmente coinvolgere altre forme di integrazione, prime fra tutte il dialogo che si deve instaurare tra Docenti della Facoltà e pubblico della terra che la ospita.

Da questa considerazione nasce una nuova iniziativa, che inizia con il prossimo novembre e che abbiamo chiamato *A Medicina, di sera*, proprio per prefigurare un flusso di cittadini che, nel tardo pomeriggio, va in Facoltà per ascoltare ed esprimere il proprio pensiero su temi di Medicina che ora tuttavia investono la sfera di interessi culturali di ogni cittadino. Iniziamo con Daniele Rodriguez, Professore di Medicina Legale e con il tema *Il malato deve sapere ...*

Non sarà una conferenza ma essenzialmente una conversazione a più voci, un dibattito con quanti del pubblico, prima delle conclusioni del Relatore, vorranno dire la propria opinione in merito.

Gli incontri continueranno per tutto l'anno, uno o due al mese, e verteranno, i successivi, su temi di Storia della Medicina, Scienza e Filosofia, Qualità e Management Sanitario, la Ricerca Scientifica al letto del malato.

Sono destinati al pubblico dei non Medici, ma certamente rappresentano un importante momento di confronto e dibattito per i Docenti e i Discenti della Facoltà la cui partecipazione è fortemente attesa.

A Medicina, di sera

Giovedì 4 Novembre 1999 - ore 18.00-19.30

Polo Didattico Scientifico - Aula D

Daniele Rodriguez

Il malato deve sapere...





Didattica interattiva in clinica

Gli studenti del 4° - 5° - 6° anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia svolgono l'attività teorico-pratica presso le sedi degli insegnamenti interessati, così come specificato nelle tabelle allegate.

Per agevolare l'accesso alle strutture e per un più consono svolgimento di tale attività gli studenti sono suddivisi in gruppi che si avvicenderanno nel corso dei due semestri presso le varie Cliniche ed Istituti.

4° ANNO - 1° SEMESTRE - DAL 18 OTTOBRE AL 18 DICEMBRE 1999 - DAL 10 AL 28 GENNAIO 2000

Settimane	Strutture cliniche					
	Metodologia clinica	Endocrinologia	Urologia	Nefrologia	Ematologia	Immunologia Clinica
18 - 29 Ottobre	A	B	C	D	E	F
2 - 12 Novembre	B	C	D	E	F	A
15 - 26 Novembre	C	D	E	F	A	B
29 Novembre / 10 Dicembre	D	E	F	A	B	C
13 - 17 Dicembre / 10 - 14 Gennaio	E	F	A	B	C	D
17 - 28 Gennaio	F	A	B	C	D	E

5° ANNO - 1° SEMESTRE - DAL 18 OTTOBRE AL 18 DICEMBRE 1999 - DAL 10 AL 28 GENNAIO 2000

Strutture	Ottobre		Novembre					Dicembre		Gennaio		
	18	25	1	8	15	22	29	6	13	10	17	24
Anatomia Patologica	1	7	2	8	3	9	4	0	5	11	6	12
Diagnostica per immagini	2	8	3	9	4	10	5	11	6	12	1	7
Clinica neurologica	3	9	4	10	5	11	6	12	1	7	2	8
Patologia medica	4	10	5	11	6	12	1	7	2	8	3	9
Patologia chirurgica	5	11	6	12	1	7	2	8	3	9	4	10
Malattie infettive	6	12	1	7	2	8	3	9	4	10	5	11





6° ANNO - 1° SEMESTRE - DAL 18 OTTOBRE AL 18 DICEMBRE 1999 - DAL 10 AL 28 GENNAIO 2000

Settimane	Strutture cliniche					
	CC	CM	CO	CP	OC	OTO
18 - 29 Novembre	A	B	C	D	E	F
2 - 12 Novembre	B	C	D	E	F	A
15 - 26 Novembre	C	D	E	F	A	B
29 Novembre / 10 Dicembre	D	E	F	A	B	C
13 - 17 Dicembre / 10 - 14 Gennaio	E	F	A	B	C	D
17 - 28 Gennaio	F	A	B	C	D	E

A-F = Gruppi di Studio.

Strutture cliniche: CC = Clinica Chirurgica; CM = Clinica Medica; CO = Clinica Ostetrica; CP = Clinica Pediatrica; OC = Oncologica Clinica; OTO = Otorinolaringoiatria





Corso	Docente	Periodo	Ora	Aula
I anno				
BIOLOGIA, GENETICA E BIOMETRIA: 1. Recettori linfocitari ed immunofarmac	Prof. E. Malavasi	5-12-19 Nov.	ore 8,30	A
CHIMICA E PROPEDEUTICA BIOCHIMICA: 2. Radicali liberi e modificazioni delle strutture biologiche indotte da radicali	Prof. G. Littarru	26 Nov./3-10 Dic.	ore 8,30	A
FISICA: 4. Le radiazioni in medicina	Dott.ssa M. G. Ponzi Bossi	5-12-19 Nov.	ore 10,30	A
5. Gli ultrasuoni e il loro utilizzo in medicina	Dott. P. Mariani	26 Nov./3-10 Dic.	ore 10,30	A
III anno				
FISIOLOGIA: 17. Regolazione del metabolismo corporeo	Dott.ssa M. Fabri	26 Nov./3-10 Dic.	ore 14,30	A
MICROBIOLOGIA: 19. Patogeni intracellulari e problematiche connesse	Prof.ssa B. Facinelli	26 Nov./3-10 Dic.	ore 16,30	A
IV anno				
METODOLOGIA CLINICA: 23. Semeiotica delle aritmie cardiache	Prof. P. Russo	22-29 Ott./5 Nov.	ore 8,30	B
26. La metodologia clinica nel paziente affetto da neoplasia del colon retto	Prof. V. Saba	12-19-26 Nov.	ore 8,30	B
27. Semeiotica funzionale renale	Prof. P. Russo	3-10 Dic./7 Gen.	ore 8,30	B
PATOLOGIA SISTEMATICA I: 30. Genetica delle malattie endocrine	Prof. F. Mantero	12-19-26 Nov.	ore 10,30	B
31. Le turbe della fertilità e della sessualità maschile di interesse urologico	Prof. G. Muzzonigro	3-10 Dic./7 Gen.	ore 10,30	B
PATOLOGIA SISTEMATICA II: 34. La terapia massimale nella patologia oncoematologica ed autoimmune	Dott. A. Olivieri	22-29 Ott./5 Nov.	ore 10,30	B
33. Linee guida per l'impiego clinico del Laboratorio di Immunologia	Prof.ssa M. Montroni	12-19-26 Nov.	ore 14,30	B
V anno				
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA: 39. Senologia diagnostica multidisciplinare	Prof. E. De Nigris	22-29 Ott./5 Nov.	ore 8,30	F
40. Indicazioni cliniche della RM	Prof. E. De Nigris	12-19-26 Nov.	ore 8,30	F
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO: 41. Problemi neurochirurgici nella fase acuta dei traumi cranici	Prof. A. Ducati	3-10 Dic./7 Gen.	ore 8,30	F
43. Riabilitazione dopo lesioni del Sistema Nervoso	Prof. L. Provinciali	22-29 Ott./5 Nov.	ore 10,30	F
45. Chirurgia dei vasi sovraortici nelle cerebrovascolopatie	Prof. F. Alo	12-19-26 Nov.	ore 10,30	F
46. Disturbi del sonno	Dott. M. Signorino	3-10 Dic./5 Nov.	ore 10,30	F





NOVEMBRE-DICEMBRE

Corso	Docente	Periodo	Ora	Aula
V anno				
MEDICINA INTERNA E GERIATRIA: 48. Approfondimenti in tema di arteriosclerosi e vasculopatie	Prof. P. Dessi-Fulgheri	22-29 Ott./5 Nov.	ore 14,30	F
49. Approfondimenti in tema di ipertensione arteriosa	Prof. A. Rappelli	12-19-26 Nov.	ore 14,30	F
VI anno				
CLINICA CHIRURGICA: 62. Malattie infiammatorie croniche intestinali	Dott.ssa C. Marmorale Dott. G. Macarri	22-29 Ott./5 Nov.	ore 8,30	E
63. Ipertensione arteriosa di interesse chirurgico	Dott.ssa C. Marmorale	12-19-26 Nov.	ore 8,30	E
CLINICA MEDICA: 64. Medicina molecolare	Prof. A. Gabrielli	3-10 Dic./7 Gen.	ore 8,30	E
GINECOLOGIA E OSTETRICIA: 66. I tumori dell'apparato genitale femminile: diagnostica e terapia	Prof. G. G. Garzetti	22-29 Ott./5 Nov.	ore 10,30	E
67. Monitoraggio della gravidanza	Prof. A. Tranquilli	12-19-26 Nov.	ore 10,30	E
ODONTO-OTORINOLARINGOIATRIA: 68. Urgenze odontoiatriche	Prof. M. Procaccini	3-10 Dic./7 Gen.	ore 10,30	F
ONCOLOGIA CLINICA: 70. Terapia del dolore e delle complicanze	Prof. R. Cellerino	22-29 Ott./5 Nov.	ore 14,30	E
PEDIATRIA: 71. Malattie genetiche metaboliche	Prof. G. V. Coppa Prof. D. Gabrielli	12-19-26 Nov.	ore 14,30	E
72. Uropatie congenite	Prof. G. Amici	3-10 Dic./7 Gen.	ore 14,30	E





Il metodo clinico è quel complesso di regole che guida il pensiero ed il comportamento del Medico nel momento in cui egli è chiamato a compiere scelte che riguardano la diagnosi, la terapia, la prognosi della persona che è affidata alle sue cure.

Negli ultimi anni si va affermando l'idea che un più stretto ed organico rapporto tra ricerca clinica e pratica della medicina possa rinnovare il metodo clinico tradizionale, fondato su di un ragionamento di tipo prevalentemente fisiopatologico, migliorando così l'efficacia e l'efficienza degli interventi sanitari.

I punti nodali del cambiamento proposto dalla Medicina basata sulle Evidenze (dall'inglese *Evidence-based Medicine*, dove Evidence=prova) sono:

1. ogni decisione clinica deve essere fondata sulla migliore prova di efficacia e di tollerabilità degli interventi medici

pubblicata nella letteratura internazionale;

2. il ragionamento clinico deve seguire le regole probabilistiche del metodo bayesiano;

3. l'esperienza del singolo e le

La Medicina basata sulle Evidenze (MbE), un corso triennale

conoscenze di tipo fisiopatologico non sono sufficienti a dettare direttamente le decisioni, ma devono essere integrate con i risultati realmente ottenuti da studi clinici validi secondo le regole dell'epidemiologia clinica.

Queste novità stanno progressivamente interessando tutte le professioni sanitarie, per il potenziale impatto che possono avere sui processi decisionali dei clinici, degli infermieri e degli amministratori della sanità. La pratica della MbE richiede però abilità e conoscenze ulteriori rispetto a quelle tradizionalmente fornite dai corsi universitari di Laurea e di Diploma.

Per questa ragione la Facoltà ha deciso di istituire un corso monografico triennale che si propone di:

1. promuovere la consapevolezza della nascita e dell'affermarsi di una nuova metodologia clinica capace di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento medico;
2. fornire le basi culturali per la comprensione e l'impiego pratico dei nuovi strumenti metodologici ed editoriali;
3. sviluppare le abilità pratiche necessarie per l'attuazione della metodologia nelle sue diverse fasi (ricerca delle evidenze, estrazione delle evidenze, valutazione e validazione degli studi clinici, applicazione clinica delle evidenze).

Il corso si svilupperà attraverso seminari ed esercitazioni a piccoli gruppi. Il calendario dei Seminari è presentato nella tabella allegata; le esercitazioni utilizzeranno le aule informatiche collegate alla rete Web attive presso il Polo didattico di Torrette; i dettagli organizzativi verranno forniti durante lo svolgimento dei corsi.

I *Seminari del quarto anno* si pongono come obiettivo di descrivere ed analizzare gli strumenti necessari al Medico per acquisire dalla ricerca scientifica le migliori informazioni utili per la cura dei suoi pazienti.

I *Seminari del quinto anno* approfondiranno i metodi di valutazione critica delle evidenze con particolare attenzione alle revisioni sistematiche della letteratura accessibili attualmente al Medico.

I *Seminari del sesto anno* focalizzeranno i meccanismi fondamentali che sono alla base di decisioni cliniche realmente basate sulle evidenze e che sono comuni alle diverse professioni sanitarie; pertanto essi saranno svolti nell'ambito della didattica interprofessionale (Forum), che riunisce Studenti dei Diplomi e dei due Corsi di Laurea




Medicina Basata sulle Evidenze: Programma dei Seminari

Anno	Docenti	Data	Argomento
4°	Giovanni Danieli, Flavia Carle	14 gennaio (ore 14.30) Aula B	Il metodo clinico: dal <i>problem solving</i> alla MbE
	Flavia Carle, Rosaria Gesuita	21 gennaio (ore 14.30) Aula B	Gli strumenti per la ricerca delle evidenze, I: la valutazione critica degli articoli scientifici
	Flavia Carle	28 gennaio (ore 14.30) Aula B	Gli strumenti per la ricerca delle evidenze, II: The Delphic approach (<i>working team reports, consensus conference, revisioni della letteratura</i>)
5°	Flavia Carle Rosaria Gesuita	3 marzo (ore 10.30) Aula B	La valutazione critica delle evidenze: obiettivi, metodi e valutazione degli studi di meta-analisi
	Flavia Carle e coll.	10 marzo (ore 10.30) Aula B	La valutazione critica delle evidenze: la Cochrane Collaboration
	Giovanni Danieli, Giovanni Pomponio	17 marzo (ore 10.30) Aula B	La ricerca delle evidenze (banche dati, motori di ricerca, siti Web dedicati alla MbE)
6°	Giovanni Danieli, Flavia Carle, Giovanni Pomponio	22 marzo (ore 18.00) Aula D	La MbE: un modo nuovo per portare la ricerca scientifica al letto del paziente (nella serie di incontri, <i>A Medicina, di sera</i> , aperti al pubblico)
	Giovanni Danieli, Giovanni Pomponio	31 marzo (ore 12.45) Aula D	La decisione diagnostica basata sulle evidenze (Forum, didattica interprofessionale)
	Giovanni Danieli, Giovanni Pomponio	7 aprile (ore 12.45) Aula D	La decisione terapeutica basata sulle evidenze (Forum, didattica interprofessionale)
	Giovanni Danieli, Giovanni Pomponio	14 aprile (ore 12.45) Aula D	Le linee guida basate sulle evidenze (Forum, didattica interprofessionale)





A CURA DI ALESSANDRO RAPPELLI

L'obesità è una malattia cronica in progressivo incremento nei paesi industrializzati che si associa ad un aumentato rischio di diabete mellito, ipertensione, malattie cardiovascolari ed altre patologie croniche, soprattutto nei soggetti con distribuzione addominale dell'eccesso adiposo. Nonostante sia nota da tempo questa stretta associazione, il trattamento dell'obesità è stato ignorato o condotto in modo inappropriato per anni e solo recentemente è stata presa in considerazione la possibilità del trattamento farmacologico.

Il trattamento degli individui obesi dovrebbe avere come obiettivo il raggiungimento di un peso "stabile" o la riduzione di peso anche moderata ma accompagnata ad un adeguato controllo della co-morbidità.

Sebbene le modificazioni dello stile di vita ed una adeguata assistenza e supporto multidisciplinare siano elementi irrinunciabili nel trattamento dell'obesità, è ormai tempo che la terapia farmacologica diventi parte integrante nella gestione di questa patologia.

Progressi nella farmacoterapia dell'obesità

EMANUELA FALOIA, FRANCO MANTERO
Clinica di Endocrinologia

In passato erano disponibili esclusivamente farmaci simpaticomimetici che hanno mostrato scarsa tollerabilità e soprattutto scarsa efficacia nel trattamento dell'obesità.

Più recentemente, in conseguenza della comparsa di patologia valvolare cardiaca nei pazienti che assumevano fenfluramina o dexfenfluramina in monoterapia o combinate, questi farmaci sono stati ritirati dal commercio. Attualmente sono disponibili o solo potenzialmente disponibili due nuovi farmaci, rispettivamente *Orlistat* e *Sibutramina*, che aprono nuovi orizzonti alla terapia farmacologica dell'obesità.

Orlistat (Xenical, Roche), disponibile nelle farmacie da alcuni mesi, è un inibitore della lipasi pancreatica che riduce l'assorbimento dei grassi introdotti con la dieta del 30%; la dose raccomandata è pari a 120 mg *per os* tre volte al di da assumere ai pasti.

In uno studio controllato con placebo della durata di un anno il 55% dei pazienti in trattamento con *Orlistat* presentava una significativa riduzione del peso corporeo rispetto al 33% dei pazienti che assumeva placebo; nel 25% dei pazienti con trattamento attivo il peso corporeo si riduceva più del 10%. In studi clinici a due anni si riconferma l'efficacia del farmaco ed inoltre *Orlistat* sembra rallentare la ripresa del peso corporeo nel secondo anno di trattamento.

Gli studi clinici hanno mostrato una significativa riduzione della pressione arteriosa, della concentrazione dell'insulina, delle LDL-colesterolo ed un aumento del colesterolo HDL così come un miglioramento del controllo glicemico nei pazienti obesi e diabetici. Dopo 2 anni di terapia attiva con *Orlistat* la risposta all'OGTT di tipo diabetico migliorava nel 44% dei pazienti e il 72% dei pazienti con curva di tipo intollerante presentava una normale tolleranza.

Orlistat non influenza in modo significativo la farmacocinetica della digossina, warfarina, nifedipina, atenololo, captopril, furosemide e gliburide. Studi condotti sui livelli di vitamine liposolubili hanno mostrato che nei soggetti che assumono *Orlistat* la vitamina D si riduce lievemente mentre non variano le vitamine A, E e K.

Non sono state osservate alterazioni elettrolitiche né formazioni di calcoli biliari o renali. Gli effetti avversi di tipo sistemico sono trascurabili proprio perché *Orlistat* agisce solo a livello intestinale e viene minimamente assorbito.

Sono frequenti, invece, gli effetti collaterali gastrointestinali in genere di lieve entità e transitori; essi consistono in emissione di feci oleose, dolori addominali, flatulenza e più raramente incontinenza fecale.

Sibutramina (Reductil, Knoll), già disponibile in alcuni paesi europei ma non ancora in Italia, è un inibitore del *re-uptake* della noradrenalina e della serotonina.

Sviluppata in origine come antidepressivo, la *sibutramina* produce perdita di peso quando somministrata alla dose singola di 5-15 mg al giorno.

In studi su animali *Sibutramina* esercita il suo effetto tramite un duplice meccanismo: riduce l'assunzione di cibo, aumentando il processo fisiologico di sazietà, azione mediata dall'attività della serotonina e noradrenalina sui recettori serotoninergici 5HT 2A/2C e sui B1 adrenergici centrali; stimola la termogenesi, aumentando così la spesa energetica, azione mediata dai recettori B3 periferici.

Nell'uomo, dopo somministrazione orale, *Sibutramina* viene assorbita e metabolizzata in due metaboliti, il primo con emivita di 14 ore e il secondo con emivita di 16 ore; riduce l'*intake* energetico aumentando la sazietà e riducendo l'appetito mentre è ancora dubbio se aumenti la spesa energetica.

Sono stati condotti diversi studi randomizzati e controllati sulla efficacia e tollerabilità in pazienti obesi con BMI tra 27 e 40, sia a breve che a lungo termine.

In uno studio condotto per 1 anno con *Sibutramina* alle dosi di 10 o 15 mg contro placebo, l'analisi dei dati ha dimostrato che il 56% dei pazienti che riceveva 15 mg di farmaco e il 39% dei pazienti che assumeva 10 mg perdeva più del 5% del





peso corporeo (contro il 20% dei pazienti in placebo). Una riduzione ponderale >10% veniva raggiunta nel 7%, 19,5% e 34% rispettivamente nei gruppi placebo, Sibutramina 10 mg e Sibutramina 15 mg.

La riduzione ponderale ottenuta con sibutramina, nei vari studi, si accompagna ad una significativa riduzione del WHR, dei livelli di trigliceridi, colesterolo totale e LDL, un aumento del colesterolo HDL e un miglioramento del controllo glicemico.

In uno studio condotto sul diabete tipo 2, un terzo dei pazienti trattati con Sibutramina 15 mg registrava una diminuzione dell'1% della emoglobina glicata dopo 12 settimane di trattamento.

Sibutramina inoltre sembra essere efficace nel mantenere nel lungo termine la riduzione ponderale ottenuta con VLCD.

È in corso uno studio multicentrico italiano, cui partecipa la nostra Clinica, sull'effetto della Sibutramina alla dose di 10 mg/die sulla perdita di peso, sul suo mantenimento e sulla qualità di vita; questo è uno studio di fase IIIb di tipo randomizzato, in doppio cieco, controllato contro placebo in cui sono stati arruolati pazienti obesi con BMI compreso tra 30 e 40.

Gli effetti avversi della sibutramina includono: secchezza della fauci, perdita di appetito, costipazione, insonnia, nausea, dolori addominali e tachicardia. L'uso di 10-15 mg/die causa un aumento di frequenza cardiaca medio di 3-6 battiti/minuto e un aumento pressorio medio di 4 mm di Hg. Meno dell'1% dei soggetti interrompeva il trattamento per l'insorgenza di ipertensione, che si risolveva alla sospensione del farmaco.

Orlistat e Sibutramina sono le prime molecole disponibili in grado di controllare l'obesità con meccanismi etiopatogenetici. Poiché gli ultimi anni sono stati identificati vari meccanismi molecolari alla base di questa patologia umana, si è sviluppata di conseguenza la ricerca di composti che possano essere efficaci nel modulare o risolvere queste alterazioni.

Gli agonisti del recettore β_3 -adrenergico, presente nel tessuto adiposo, aumentano la spesa energetica e sono efficaci nel ridurre il peso corporeo nei ratti obesi, ma fino ad ora nell'uomo sono stati ottenuti scarsi risultati in termini di efficacia mentre numerosi sono gli effetti collaterali.

L'NPY è uno dei principali fattori oressizzanti finora conosciuti; esistono diversi recettori centrali per l'NPY e recentemente è stato dimostrato che antagonisti selettivi del recettore Y5 riducono l'assunzione di cibo sia negli animali normopeso che in modelli di obesità come i topi ob/ob e i ratti fa/fa. Ciò sta ad indicare che questo sottotipo di recettore ha un ruolo nel

regolare l'appetito e che gli agonisti selettivi potrebbero rappresentare una nuova classe di farmaci anti-obesità.

Altri peptidi endogeni in grado di aumentare il *food intake* recentemente identificati sono le orexine (A e B) che si legano a due diversi recettori e da dati ottenuti sul ratto sembra che antagonisti per il recettore di tipo 1, che possiede alta affinità per l'orexina A, potrebbero essere efficaci nel controllo del *food intake*.

Inoltre, le più recenti scoperte nel campo dell'obesità identificano altri obiettivi come il recettore della leptina, il recettore di tipo 4 della melanocortina, le proteine disaccoppianti (UCP) e l'atrofia del tessuto adiposo bruno.

In conclusione, la difficoltà di "cambiare lo stile di vita" in un ambiente ricco di cibo e povero di consumo energetico richiede nel soggetto obeso strategie di trattamento complesse, all'interno delle quali la farmacoterapia può avere un ruolo importante soprattutto alla luce dei più recenti progressi nella compressione dei meccanismi etiopatogenetici.

BIBLIOGRAFIA

APFELBAUM M., VAGUE P., ZIEGLER O., HANOTIN C., THOMAS F., LEUTENEGGER E., *Long-term maintenance of weight loss after a very-low-calorie diet: a randomized blinded trial of the efficacy and tolerability of sibutramine*, Am J Med 106:179-184, 1999.

ARCH J.R.S., HAYNES A.C., CAI X., CUTLER D.J., BUCKINGHAM R.E., WILSON G., *Orexins: new neuropeptide receptor targets for antiobesity drugs?* Int J Obes 23 (Suppl 5): S16, 1999.

ARONNE L.J., *Drug therapy for obesity - A therapeutic option?* J Clin Endocrinol Metab 84:7-10, 1999.

CARRUBA M., TONELLO C., BRISINI L., NISOLI E., *Advances in pharmacotherapy for obesity*, Int J Obes 22 (Suppl) S13-S16, 1998.

CRISCIONE L., STRICKER-KRONGRAND A., WHITEBREAD S., WYSS P., BRUNNER L., LEVENS N., *Reduction of food intake and body weight in obese rodents by a selective antagonist of the neuropeptide Y Y5 receptor subtype*, Int J Obes 23 (Suppl 5): S16, 1999.

DAVIDSON M.H., HAUPTMAN J., DI GIROLAMO M., FOREYT J.P., HALSTED C.H., HEBER D., HEIMBURGER D.C., LUCAS C.P., ROBBINS D.C., CHUNG J., HEYMSFIELD S.B., *Weight control and risk factor reduction in obese subjects treated for 2 years with orlistat*, JAMA 281:235-242, 1999.

HANSE D.L., TOUBRO S., STOCK M.J., MACDONALD I., ASTRUP A., *Thermogenic effect of sibutramine in humans*, Am J Clin Nutr 68:1180-1186, 1998.





FRANCESCO ORLANDI

Gli oli lubrificanti si ossidano, ce lo ricorda periodicamente il fastidioso tagliando dell'automobile. Il dr K.U. Ingold, ricercatore chimico, non immaginava in alcun modo di arrivare ad acquisizioni fondamentali sulla vitamina E e sulla cattura dei radicali liberi in biomedicina studiando negli anni '60 gli oli industriali. Ce lo racconta ricevendo la *laurea honoris causa* a Piazza Roma, il 5 ottobre; è un pezzo interessante di modernariato nella ricerca universitaria.

Ingold parte da una curiosità occasionale per la vitamina, nota empiricamente come fattore essenziale per la salute ma mal conosciuta nei meccanismi biochimici, non essendo *per se* un antiossidante. Giunge con maestria alla complessa chimica dei tocoferoli, che gli ricordano gli antiossidanti fenolici dei lubrificanti, ed entra così dalla porta di servizio in piena biochimica.

Quando la Storia della Medicina passa in Rettorato

Ingold è colpito dal ruolo centrale che la vitamina E, antiossidante liposolubile, ha nel metabolismo animale: essa "ci impedisce di irrancidire", espressione laica ma efficace. La carenza della vitamina porta a sindromi diverse

in specie animali diverse (cardiovascolari nel maiale, neurologici nel pollo e nell'uomo, genitali nella pecora e nel topo, e via dicendo), ed Ingold riesce ad evidenziarne l'origine nelle diverse velocità metaboliche tra tessuti e tra specie animali. Esita a studiare l'uomo, e giunge così ad ingerire 100 mg di vitamina marcata con deuterio, una domenica sera a cena davanti alla moglie ignara.

Con tale dedizione alla ricerca, non ci meraviglia come Ingold sia riuscito a sviluppare poi le indagini fino ad un quadro del complesso metabolismo.

Una grande avventura di ricerca scientifica trasversale per chi era partito dal barattolo di lubrificante. La ricetta del successo? Ingold raccomanda di usare l'immaginazione, continuamente, e di non staccarsi mai dal problema pratico (clinico) al quale lo studio si ispira.





A CURA DI FRANCO MANTERO

Le cavità nasali rappresentano il primo tratto dell'apparato respiratorio e la respirazione, che si realizza attraverso queste strutture, rappresenta una funzione che non può essere sostituita e vicariata a lungo se non con la inevitabile compromissione di una serie di ben determinati equilibri fisiologici.

La respirazione nasale, come è noto, non solo presiede al riscaldamento dell'aria inspirata, alla sua detersione e filtrazione, al suo condizionamento e al suo riscaldamento, ma favorisce, con l'andamento e le pressioni delle sue correnti aeree, l'aereazione e il drenaggio sia dei seni paranasali, attraverso il complesso osteo-meatale, sia dell'orecchio medio attraverso la tuba di Eustachio.

Tra numerose e concatenate funzioni, previste dalle cavità nasali in generale e della loro parete laterale in particolare, va annoverato anche il convogliamento e il trasporto delle particelle odorose verso l'area olfattiva e non va dimenticato l'effetto risonanza nell'importante azione fonetica e fono-articolatoria che si completa con la compartecipazione attiva e passiva delle strutture adiacenti e contigue.

Durante la crescita del bambino, una corretta respirazione nasale condiziona attivamente lo sviluppo e la conformazione del mascellare superiore, delle cavità paranasali, delle componenti facciali e in particolar modo della piramide nasale, dell'apparato dentale, delle guance e delle labbra.

La coordinazione nella evoluzione morfologica di queste strutture, che non possiedono prerogative per una regolare crescita armonica autonoma, viene garantita da linee di forza progressive e dal concorso e dalla concomitanza di spinte sinergiche che potremmo definire in continua retroattività controllata.

La riduzione parziale o totale della capacità respiratoria nasale stessa si riflette con numerosi ed interdipendenti meccanismi, dalla portata relativa, sulla fisionomia delle compagini anatomiche coinvolte in misura più o meno intensa e conclamata in relazione al grado della stenosi endonasale, della sua mono o bilateralità, dell'età del soggetto, della sua insorgenza, della sua durata e persistenza.

Con un'azione di mancato controllo retroattivo, il malaccrescimento di quelle strutture anatomiche circostanti su cui più facilmente possono ripercuotersi, con tutte le loro possibili variabili, simili condizionamenti, tende a sua volta ad influenzare ulteriormente la capacità respiratoria nasale aggravandola a tal punto da indurre una respirazione orale obbligatoria. Ne risulta che, nelle varie tappe dell'età infantile sino all'età giovanile, queste particolari e intime correlazioni, con le loro inevitabili retrocondizionamenti, tendono ad apparire sempre più congiunte manifestando, progressivamente e in modo talvolta evidente, gli effetti dinamici e statico-posturali sul massiccio facciale e sulla fisionomia del viso.

Queste sinergiche e interattive influenze assumono sempre una valenza per ogni tipo di impedimento a carico della respirazione nasale. Indipendentemente dalle cause che la determinano sta di fatto che la dinamica respiratoria nasale durante l'età evolutiva riveste un ruolo non secondario nel complesso divenire dei fenomeni di crescita dei distretti correlati con evidenti conseguenze di tipo funzionale ed estetico.

L'ostacolo a questa importante funzione può essere di tipo *intrinseco*, come nel caso di atresia coanale, di deviazione del setto, di ipertrofia della mucosa dei turbinati inferiori, di rinosinopia allergica, di poliposi nasale, sia di tipo *estrinseco*, per la presenza di una ipertrofia adenoidea o adenotonsillare oppure di tipo misto potendo derivare dalla concomitanza e dalla concorrenza di tutte queste situazioni e quadri anatomopatologici.

A tal riguardo, tuttavia, occorre precisare che i reali rapporti di causa-effetto e le effettive attribuzioni tra la compromissione della funzione respiratoria, l'atteggiamento posturale e lo sviluppo del massiccio facciale non sono stati ancora perfettamente chiariti.

Alla teoria cosiddetta "funzionale", secondo la quale il disarmonico accrescimento morfologico delle strutture dei mascellari verrebbe prioritariamente guidato e regolato dai vari atteggiamenti posturali

condizionati dall'ostruzione nasale parziale o totale, si contrappone la teoria "costituzionale" con alla base fattori genetici.

In situazioni del genere è consuetudine non tralasciare l'ipotesi della coesistenza delle due teorie, tuttavia, e per quanto a tal riguardo riportato in letteratura, non si possono trarre conclusioni a favore o meno dell'una o dell'altra ipotesi.

La possibilità, dopo la registrazione dell'obiettività endoscopica, di quantificare l'ostruzione nasale attraverso valutazioni rinomanometriche e lo studio dei cranio-faringogrammi, pur consentendo correlazioni più oggettive e affidabili, non sem-

L'insufficienza respiratoria nasale intrinseca nell'infanzia: problematiche e considerazioni sulla correzione chirurgica

VITO MALLARDI

Cattedra di Otorinolaringoiatria





bra aver sinora offerto utili informazioni a tal proposito.

Infatti, a fronte dell'assenza di respirazione orale e viceversa sono state comunque rilevate malocclusioni di varia entità, come pure è stato osservato che ad alcune malformazioni, come ad esempio il tipico palato ogivale, possono associarsi o meno dismorfismi settali ed etmoido-settali.

Le conoscenze attuali sulla dinamica e sulla crescita del complesso osteo-cartilagineo endonasale e del mascellare superiore consentono, tuttavia, di affermare che le strutture coinvolte in questo particolare e indissolubile accoppiamento evolutivo possono svilupparsi, crescere e aggregarsi in modo armonico e coordinato solo tra di loro se sussistono inalterati alcuni fisiologici parametri antropometrici.

Un fisiologico atto respiratorio, da garantire il più possibile in caso di ostruzione nasale intrinseca oppure estrinseca, pertanto, finirà per condizionare uno sviluppo equilibrato del mascellare superiore e tenderà ad assicurare in generale, non solo una corretta masticazione e una fisiologica deglutizione, ma anche, migliorando la morfologia delle strutture statiche e dinamiche del viso, una fisionomia e una estetica più regolare.

In ultima analisi l'unica affermazione che si può fare con certezza è quella che un impedimento alla progressione delle correnti aeree endonasali e rino-faringee indurrà sicuramente una respirazione orale.

Tra i vari tipi di patologia neonatale di competenza otorinolaringoiatrica, la lussazione traumatica perinatale della cartilagine settale, la cui incidenza tende a ridursi in relazione all'impiego del taglio cesareo, tende a realizzarsi durante il parto per vie naturali.

Tale condizione si concretizza con una rotazione dell'apice del naso che si attua in senso controlaterale alla dislocazione del setto con analogo deviazione della columella che, condizionando a sua volta una asimmetria delle narici e un coinvolgimento della valvola nasale, provoca una riduzione della loro specifica portata aerea.

In assenza di correzione, la deviazione esterna, il più delle volte, tende a ridursi spontaneamente mentre la persistenza della deviazione del piede del setto contribuisce, in relazione alla sua entità, all'instaurarsi di una relativa ostruzione respiratoria nasale più o meno accentuata.

Le malformazioni del setto nasale nei neonati sono frequentemente trascurate e possono determinare durante la crescita, come è stato accennato, significative conseguenze cliniche tra le quali non vanno dimenticate quelle relative ad un abnorme sviluppo dentale considerato e analizzato nelle sue varie fasi.

La reale incidenza delle deformità del setto nell'infanzia e del

loro effettivo destino, che per tradizione, ormai smentita, si ritenevano quasi tutte guaribili spontaneamente, non è conosciuta.

Ricorrendo ai risultati di uno studio condotto su più di duemila lattanti sembra che la presenza delle anomalie del setto nasale si attesti su un valore prossimo al 60%.

In base a questi dati la raccomandazione più ragionevole è quella di prevedere e di includere nell'ambito dell'esame obiettivo generale di ogni neonato, la verifica dello stato morfologico delle cavità nasali.

Nel neonato le deviazioni settali devono essere valutate attentamente e con cautela anche se, in una buona parte dei casi, possono andare incontro, in un arco di tempo medio di circa sei-otto settimane, a spontanei rimodellamenti facilitati dal fatto che il delicato supporto cartilagineo ancora plastico a questa età, tende a rimodellarsi con una certa facilità.

In alcune situazioni, tuttavia, questo meccanismo di naturale ripristino non si realizza o realizzandosi non si consolida e non viene mantenuto. Ne deriva la necessità di provvedere in merito ricorrendo ad un riposizionamento del setto che deve essere effettuato il più presto possibile e in particolar modo quando l'esaminatore avverte che il setto del neonato si è dislocato dal solco mascellare. A tale riguardo, per esperienza, può essere utile ricordare che la riduzione manuale risulta spesso clinicamente efficace.

Se la dislocazione del setto, in rapporto alla sua entità, non viene rilevata può passare inosservata solo fino alla comparsa dei sintomi da insufficienza respiratoria nasale.

Senza la necessaria e obbligatoria obiettività specialistica e quindi in modo del tutto superficiale, inattendibile, negligente e irresponsabile, nella maggior parte di questi casi, la paternità della sintomatologia ostruttiva viene solitamente e frequentemente attribuita non solo alla presenza, ma anche al volume delle vegetazioni adenoidi.

Non è difficile intuire la conseguenza di una simile e non confermata ipotesi diagnostica. Nei casi che potremmo definire fortunati l'errore si concretizza solo con l'indicazione all'intervento, ma in altri si realizza, proseguendo la negligenza, con l'intervento di adenoidectomia ovviamente seguito dall'inevitabile insuccesso che deve essere poi in qualche modo giustificato e spiegato talvolta non solo ai genitori.

Se ad un bimbo piccolo viene diagnosticata una marcata deviazione del setto nasale, ancora oggi viene consigliata l'attesa quanto meno dell'età giovanile per effettuare l'intervento chirurgico correttivo.

Ad onor del vero va detto che tale orientamento, accettato unanimemente in passato, derivava dal timore della facile compromissione dei cosiddetti nuclei di crescita del sistema osteo-cartilagineo del naso.





Questa condotta eccessivamente prudente conduceva spesso ad un unico risultato quello di trovarsi alla fine dello sviluppo del soggetto con gravi dismorfismi del massiccio facciale e delle strutture endonasali e nasali con le relative e immancabili compromissioni funzionali.

In sintesi, le scarse conoscenze sulle modalità di accrescimento delle strutture settali da un lato e l'impiego di obsolete tecniche chirurgiche tendenzialmente demolitive hanno per lungo tempo e fino alla prima metà degli anni ottanta, condizionato l'astensione chirurgica.

Al contrario, anche se permangono ancora molte perplessità sulla settoplastica nel bambino in quanto non è stata ancora accertata non solo la sede ma anche – per l'assenza di rilievi istologici – l'esistenza dei nuclei di crescita settali, le esperienze recenti, condotte da chirurghi affermati per la loro autorevole perizia rinologica, hanno dimostrato che l'attenzione nel preservare e conservare le strutture cartilaginee, l'eguire il minor numero possibile di scollamenti cercando di ridurre al minimo la rimozione di parti ossee e/o cartilaginee, consente di garantire una buona e armonica dinamica del successivo sviluppo diminuendo l'incidenza dell'entità dei dismorfismi e delle relative conseguenze fisiopatologiche ad essi legate.

Quando l'indicazione è corretta, la possibilità di impiegare tecniche microchirurgiche e conservative consente attualmente di intervenire, con la buona garanzia di un favorevole rapporto rischio/beneficio, sul setto di un bambino.

Come è stato detto è necessaria una considerevole esperienza chirurgica rinologica in quanto, con una certa frequenza, l'intervento nei bambini non può limitarsi al semplice riposizionamento del setto, in quanto, talvolta, può risultare necessario attuare un rimodellamento non solo della valvola, ma anche della volta cartilaginea e della punta, componenti che, come è noto, costituiscono le cosiddette strutture para-settali.

La maggior parte dei chirurghi che si impegna in simili attività è concorde nell'impiegare la chirurgia settale nell'infanzia unicamente nelle ostruzioni totali bilaterali e in quelle totali monolaterali soprattutto se aggravate da condizioni infiammatorie a carico della cavità nasale controlaterale.

Va anche detto che i gravi e globali dismorfismi del massiccio facciale, che inevitabilmente si associano ad una più o meno marcata deviazione del setto, devono prioritariamente prevedere una opportuna e adeguata correzione ortodontica.

Il qualificato e corretto trattamento ortodontico (in qualche caso quello osteopatico) con i suoi risultati è in grado di rinviare, in un numero significativo dei casi, l'atto chirurgico ad una età maggiore sempreché questo venga ritenuto necessario.

È stato ampiamente dimostrato che, tra i trattamenti orto-

odontici, l'espansione forzata dei mascellari (definita anche espansione rapida palatale oppure disgiunzione rapida della sutura palatina), impiegata solitamente su bambini tra i 6 e i 15 anni, consente, in un breve arco di tempo, una discreta dilatazione e un buon allargamento delle cavità nasali con miglioramento della ventilazione nasale senza osservare, tuttavia, una corrispondente modifica della morfologia del setto nasale che tende a permanere nella sua deviazione.

Pertanto, a fronte di un deciso miglioramento della pervietà endonasale e della funzione respiratoria, dimostrabile obiettivamente con l'impiego dell'endoscopia e quantizzabile con prove rinomanometriche, si assiste alla persistenza della deflessione settale. Questa, d'altra parte non offrendo più particolari resistenze, in relazione all'avvenuto ampliamento delle dimensioni volumetriche, che sembra realizzarsi maggiormente a carico delle regioni anteriori delle cavità nasali e in particolar modo in sede valvolare, non rappresenta più un ostacolo alla progressione delle correnti aeree.

Un simile risultato consente l'occasione di sottolineare come la difficoltà della respirazione nasale, da mettere sicuramente in relazione con la sommazione delle resistenze globali vigenti all'interno delle cavità nasali, ad una analisi più dettagliata sembra dipendere in senso quasi gerarchico dalle resistenze opposte in maniera differente dal dismorfismo di alcune strutture.

È facile, pertanto, intuire che i risultati più lusinghieri, che in una buona percentuale di casi sembrano mantenersi anche a lungo termine facilitando un successivo sviluppo ed armonico del terzo medio del viso, vengano raggiunti nei casi in cui la stenosi endonasale, non solo causata dalla deviazione del setto, ma anche dall'avvicinamento delle pareti laterali delle cavità nasali stesse, è più rilevante.

Per quanto detto sembra opportuno prevedere un atto operatorio sul setto solo in situazioni anatomo-funzionali particolari e ben selezionate; infatti, sono stati registrati, dopo il ripristino chirurgico della medialità settale, effetti sulla respirazione nasale, sulle dislalie e sulla deglutizione atipica, se non analoghi almeno sovrapponibili a quelli riscontrati dopo opportuna e favorevole terapia ortodontica.

Questo dato, confermando l'importanza, nelle funzioni endonasali, non solo della effettiva portata morfologica del setto, che sembra assumere più una posizione da spettatore che da protagonista (eccezion fatta per le deviazioni marcate), ma anche e soprattutto quella delle pareti laterali delle cavità nasali, confina l'atto chirurgico settale nell'infanzia e nell'adolescenza in una indicazione clinica e in una collocazione strategica ben definita se non fortemente limitata.

Come si potrà notare preferiamo utilizzare il termine indefinito di atto chirurgico che non quello comunemente usato di



settoplastica in quanto non sussistono conformità di vedute né di classificazioni nella definizione delle tecniche chirurgiche che devono essere impiegate nelle diverse classi di età. In sintesi, comunque, possiamo elencare le regole fondamentali alle quali si deve ispirare la conduzione di un intervento sul setto in età evolutiva.

Lo scollamento del mucopericondrio deve essere monolaterale o, se possibile, limitato alla regione dismorfica, la cui correzione deve prevedere una condotomia evitando l'asportazione di ampie porzioni della cartilagine. I frammenti asportati, tuttavia, vanno sempre reinseriti e ricollocati per evitare spazi morti. Il piede della cartilagine quadrangolare e in particolar modo le connessioni con il vomere devono essere mantenute intatte.

Se sussiste la necessità di rimodellare il vomere e la lamina perpendicolare dell'etmoide questa manovra deve sempre concludersi con il reinserimento e la riposizione dei frammenti ossei nel loro sito anatomico.

Dopo interventi al setto nasale, eseguiti seguendo questi suggerimenti, durante la crescita si osservano recidive (mai come in questa epoca della vita il naso tende a riproporre tenacemente la sua memoria) nel 25-30% dei casi, ma una percentuale notevolmente più ridotta presenta disturbi funzionali tali da richiedere un ulteriore intervento correttivo.

Sembra quindi non essenziale la completa pervietà delle cavità nasali per consentire un armonico sviluppo del mascellare; in sintesi una incompleta ma sufficiente canalizzazione nasale e rinofaringea è ampiamente tollerata dal sistema maxillo-facciale e ciò viene ulteriormente dimostrato dal fatto che il persistere di contenute deviazioni del setto, sia dopo l'eventuale riposizione chirurgica sia dopo il trattamento ortodontico, che induce un ampliamento del pavimento delle cavità nasali con un miglioramento della funzionalità della valvola nasale, non obbligano alla respirazione orale e non condizionano in modo significativo dislalie meccaniche periferiche e la deglutizione atipica.

A questo punto è necessario ricordare che la respirazione orale non solo può essere provocata e mantenuta dalle ostruzioni intrinseche e/o estrinseche delle vie aeree superiori ma anche e talvolta in modo ostinato dalle abitudini viziate. In poche parole, se, soprattutto nella seconda infanzia, il soggetto non ha ancora imparato a respirare e se non vengono prese particolari misure ed espedienti in tal senso, risultano spesso inutili tutti i provvedimenti cui si è accennato.

L'ormai riconosciuta correlazione tra lo stato morfologico-funzionale e il malaccrescimento del mascellare superiore, condizione anatomica da inquadrare in una delle patologie più attuali della età evolutiva, ha portato all'importante rivaluta-

zione dei dismorfismi e delle alterazioni funzionali delle cavità nasali.

A differenza di situazioni patologiche che coinvolgono altri distretti, alcuni aspetti delle strutture nasali ed endonasali, considerati nel loro insieme clinico, hanno attributi tali in grado di giustificare e legittimare la necessità operativa terapeutica attraverso la loro modifica morfo-funzionale perseguendo e raggiungendo in molti casi anche obiettivi preventivi e riabilitativi.

Per gli immediati e tardivi profili di tipo clinico e consequenziale che si possono prevedere e realizzare, non solo è ragionevole, ma anche di una certa rilevanza giustificativa, il richiamo ai fini e complessi rapporti struttura/funzione per l'armonico sviluppo del mascellare superiore e alle fisiologiche correnti respiratorie nasali che danno sostegno strutturale e supporto scientifico all'unità rino-sinusale e a quella rino-faringo-tubarica nonché, quando alterate, l'avvio ai relativi subentri e determinanti meccanismi eziopatogenetici.

Se da un lato le indicazioni e le tecniche chirurgiche relative alla risposizione del setto in età infantile, ad onor del vero, sono ancora oggi oggetto di qualche controversia e riserva, dall'altro risulta più che evidente che la strategia clinica che preveda un prioritario trattamento ortodontico qualificato tende a ridurre in misura sostanziale la necessità di intervenire chirurgicamente.

Come è stato ricordato, le ragioni che venivano addotte per escludere, in età pre-puberale, la chirurgia naso-settale poggiavano sull'ipotesi che precoci modificazioni cruenti ed artificiali potessero in qualche modo interferire negativamente sulla naturale ed interdipendente crescita delle conformazioni osteo-cartilaginee continue che, per conto ed in concreto, in base alla loro già consolidata compromissione anatomico-funzionale, sono quelle che finiscono per sostenere e aggravare, con le loro anomalie e dismorfismi, ancor più il già in qualche modo alterato sviluppo del massiccio-facciale.

Tuttavia, per affrontare con liceità un intervento finalizzato al ripristino della medialità del setto nasale in un bimbo, è sufficiente rivolte l'attenzione a quella particolare situazione costituita dagli esiti più o meno marcati e più o meno consolidati conseguenti all'effetto di un grave trauma nasale nel bambino o nell'adolescente e alle relative sequele.

In simili casi, indipendentemente dall'età viene ad essere ampiamente giustificata la necessità di un trattamento chirurgico ricostruttivo o riabilitativo al fine di riproporre le capacità funzionali sempre nel massimo possibile rispetto delle strutture coinvolte.

Non dimenticando i ritmi evolutivi e le modalità di sviluppo nonché l'inscindibile relazione esistente tra le strutture nasali, endonasali e paranasali con le numerose proprietà, riflessi



e capacità fisiologiche tra di loro intimamente correlate, risulta più che evidente che l'intento ripristinatorio strutturale non può essere visto se non nella sua totalità e sotto un concreto aspetto e fine terapeutico nel momento in cui si rende oltremodo necessario ricostituire al meglio i profili e i rapporti di quelle conformazioni allo scopo di riproporre i loro importanti compiti funzionali.

In maniera precipua, pertanto, e nei casi particolari, si viene a giustificare e si motiva l'impostazione e la globale strategia chirurgica partendo da quelle singolari condizioni anatomico-strutturali che già costituiscono di per sé uno stato autonomo di dismorfismo o che hanno già determinato specifici quadri patologici nei confronti della parete laterale endonasale oppure tendono, per la loro disfunzione, a instaurare e consolidare posizioni a verosimile e potenziale probabilità evolutiva verso quelle frequenti complicitanze a carico delle regioni continue e contigue.

Questi ultimi aspetti, con le relative motivazioni che abbracciano e giustificano un vasto campo d'azione che va dalla riabilitazione alla prevenzione delle possibili e prevedibili evenienze negative, rappresentano quegli elementi basilari che consentono di conferire quelle utili e ragionevoli finalizzazioni giustificative agli interventi sul naso in generale e alla riposizione correttiva del setto nasale in età evolutiva e giovanile.



BIBLIOGRAFIA

BIAGINI C., GIORGETTI R., PICCINI A., PASSALI D., *Correlazioni morfo-funzionali a breve e lungo termine in bambini affetti da ipoplasia mascellare con endognazia in terapia ortodontica con espansione rapida palatale (ERP)*, da "Patologia del distretto oronofaringotubarico nel malaccrescimento del mascellare" di G. Pestalozza, *Orl. Ped.* 5, 150-160, 1994.

D'ARCO F., *Valutazione cefalometrica e facciale delle anomalie cranio-facciali e cranio-occlusali*, da "Chirurgia e malformazioni e delle fratture maxillo-facciali" a cura di G. Iannetti, *Relazione Uff. al LXIV Cong. Naz. S.I.O. e Ch. Cervico-Facciale*, 37-63, 1977.

DE VITA C., MARTINA R., *Fisiologia e fisiopatologia del mascellare superiore*, *Orl. Ped.*, 5, 85-95, 1994.

FIBBI A., LA ROSA R., *La terapia chirurgia delle malformazioni del setto e della piramide nasale*, atti del 4th International Conference on pediatric E.N.T., Siena, 65-66, 1996.

GANDOLFI M., POGGIO F., *Terapia delle deviazioni del setto nasale per mezzo della disgiunzione rapida delle suture palatine*, *Rivista Italiana di Stomatologia*, 3, 1-6, 1980.

GRAY L.P., *Deviated nasal septum, incidence and aetiology*, *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, suppl. 50, 87, 1978.

GRAY L.P., *The development and significance of septal and dental deformity from birth to eight years*, *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, 6, 265-277, 1983.

HEALY G.B., *An approach to the nasal septum in children*, *Laryngoscope*, 96, 1239-1242, 1986.

LA ROSA R., CUSMANO G., CALCINONI O., *Trattamento combinato chirurgico ortopedico*, da "Patologia del distretto oronofaringotubarico nel malaccrescimento del mascellare" di G. Pestalozza, *Orl. Ped.*, 5, 161-164, 1994.

MALLARDI V., MARCELLINI S., *L'insufficienza respiratoria nasale nel bambino. Aspetto fisiopatologici e clinici*, da atti "Bambino: progetto salute" a cura di G.M. Caramia, 85-88, 1997.

PESTALOZZA G., *Patologia del distretto oronofaringotubarico nel malaccrescimento del mascellare*, *Relazione Uff. Al XIII Congresso Naz. di Otorinolaringoiatria Pediatrica*, *Orl. Ped.*, 5, 1994.

PICCINI A., GIORGETTI R., FIORELLI G., *Stenosi respiratoria nasale e ipoplasia mascellare. Modificazioni dopo trattamento ortodontico con espansione rapida palatale*, *Acta Otorhinol. ital.*, 9, 375-380, 1989.

PRINCIPATO J.J., *Upper airways obstructions and craniofacial morphology*, *Otorhinolaryngol. Head and Neck Surgery*, 104, 881-884, 1991.

SORESEN H., SOLOW B., GREVE E., *Assessment of the nasopharyngeal airway*, *Acta Otorhinolaryngol.* 89, 227-229, 1980.

VIVA E., *Auxologia oro-rino-maxillo-facciale e adenotonsillectomia per motivi mecano-ostruttivi*, da "Patologia del distretto oronofaringotubarico nel malaccrescimento del mascellare" di G. Pestalozza, *Orl. Ped.*, 5, 101-114, 1994.





Riunione del 5 ottobre 1999

Comunicazioni del Presidente

- a) I prossimi Senati Accademici ordinari avranno luogo il 19 ottobre, il 16 e 30 novembre ed il 14 dicembre;
- b) Andamento immatricolazioni ai Corsi di Laurea: il *trend* è positivo per tutte le Facoltà con un numero di immatricolati superiore a quello registrato nell'A.A. 1998/1999. Questo dato è ancor più positivo se si considera che è in netta controtendenza rispetto ai dati nazionali che vedono una generalizzata contrazione delle immatricolazioni. Questa situazione è dovuta al forte impegno delle Facoltà anche sul fronte dei Diplomi Universitari. Mentre per le Facoltà di Agraria, Economia, Ingegneria e Scienze si rimanda al bilancio definitivo del 5 novembre, data di chiusura delle immatricolazioni, la Facoltà di Medicina ed

Odontoiatria (Corsi di Laurea e Diplomi) ha già registrato il "tutto esaurito" giacché ambedue i Corsi di Laurea e tutti i Diplomi sono a numero programmato ed hanno raggiunto la copertura totale.

- c) Il 29/9 è stata approvato il

d.d.l. AS 4194 recante "Disposizioni in materia di università e di ricerca scientifica e tecnologica". Detto ddl è stato approvato definitivamente dalla VII Commissione del Senato, nel testo trasmesso dalla Camera, ed è in corso di promulgazione e pubblicazione. Sono ivi contenuti molti provvedimenti che ci interessano direttamente e indirettamente. Vengono riformati i nuclei di valutazione interna e diventa vincolante per Facoltà ed Atenei l'acquisizione periodica (e anonima) del giudizio degli studenti sull'attività didattica. Sono previsti ulteriori finanziamenti per incentivare l'attività didattica (ne sono però esclusi i docenti che abbiano assunto supplenze in altri Atenei diversi da quello di appartenenza). Vengono ri-finanziati

gli assegni di ricerca. Vi sono disposizioni riguardanti le commissioni di valutazione comparativa. Infine, viene finalmente corretto l'errore-orrore della 4/99 che creava una assurda discriminazione fra i ricercatori confermati riguardo la possibilità di vedere riconosciuti, almeno in parte, gli anni del Dottorato di Ricerca ai fini previdenziali e di ricostruzione di carriera.

- d) Legge Finanziaria: non vi sono, al momento, novità sostanziali riguardanti l'Università in generale e l'Ateneo Dorico in particolare.

Regolamenti

Sono state approvate le modifiche apportate a diversi regolamenti. Consultare il verbale del S.A. rete per maggiori dettagli. Desidero sottolineare in particolare il regolamento riguardante l'assunzione di incarichi da parte di professori e ricercatori confermati a tempo pieno: "E' consentita la partecipazione/assunzione di cariche negli organi di governo (di amministrazione) negli enti pubblici, società pubbliche ed organismi *non-profit*, comprese le società a prevalente capitale pubblico. E' altresì consentita la partecipazione agli organi di amministrazione in società partecipate direttamente o indirettamente dall'Università di Ancona".

Progetti Giovani Ricercatori

Alla luce delle domande pervenute l'apposita Commissione formata dai Presidi ha ripartito i circa 203 milioni disponibili nel seguente modo:

Agraria	18 milioni
Economia	40 milioni
Medicina	65 milioni
Ingegneria	80 milioni

Infine verrà istituito un premio di lire 4 milioni in memoria del Prof. Marco Milani Comparetti.

Appunti dal Senato Accademico





Riunione del 19 ottobre 1999

Comunicazioni del Presidente

- L'andamento delle iscrizioni alle Facoltà di Agraria, Economia, Ingegneria e Scienze ricalca quello dello scorso anno accademico alla medesima data (15 ottobre). Come si sa, i Corsi di Laurea e di Diploma della Facoltà di Medicina previsti a numero programmato hanno da tempo esaurito i posti disponibili.
- I Professori G. Danieli, F. Rustichelli, F. Pugnali, G. Conte, E. Evangelista ed E. Pasqualini sono i coordinatori, dell'Ateneo Dorico, di progetti di ricerca di interesse nazionale (ex 40%) finanziati dal MURST. I progetti nel loro complesso hanno ricevuto un finanziamento di 1467 milioni a fronte dei 1566 richiesti.

Regolamento del Consiglio Studentesco

Il Regolamento del Consiglio Studentesco, ripresentato in S.A. dopo essere stato sottoposto alle rettifiche e revisioni suggerite dal S.A. in precedenti sedute, è stato approvato eliminando i commi 2 e 3 del punto c dell'art. VII.

Life-long learning

Nel prossimo futuro l'Università dovrà ristrutturarsi per fare fronte alle esigenze di una Educazione Permanente ad alto livello che permetta il continuo aggiornamento dei suoi laureati e diplomati. Nell'ottica di individuare, in base allo stato dell'arte, i possibili progetti operativi e le necessarie risorse reperibili, viene istituito un gruppo di lavoro con dette finalità e vengono incaricati i Presidi di coordinarlo.

Modifiche di statuto

- E' stata approvato l'inserimento del Corso di Diploma in Economia e Gestione dei Servizi Turistici nello Statuto dell'Università degli Studi di Ancona.
- Non è stata approvata la modifica dell'art.28 dello Statuto, proposta dal Preside della Facoltà di Economia, che prevedeva che le giunte di facoltà, ove costituite, fossero praticamente indicate dal Preside senza alcuna scelta da parte del Consiglio di Facoltà.

Registri attività didattiche

Esiste una normativa, ribadita dal Consiglio di Stato, riguardante i doveri dei Professori e Ricercatori universitari ed i modi per verificare l'adempimento di tali doveri. Ciò avviene tramite una "certificazione/dichiarazione" rappresentata dalla compilazione del registro del corso di titolarità o del registro dell'attività didattica (quest'ultimo per i ricercatori). Il Consiglio di Stato indica anche i modi per penalizzare gli inadempienti trattenendo dagli emolumenti la parte percentuale all'attività non certificata. Considerato che l'inadempienza in questo ambito è diffusa gli interessati verranno avvisati tramite i Presidi delle rispettive Facoltà ed avranno un adeguato periodo di tempo per mettersi in regola. Ulteriori inadempienze verranno sanzionate secondo la legge.

Varie ed eventuali

E' stato approvato il Corso di Perfezionamento "La Decisione Clinica Basata sulle Evidenze" la cui sede sarà l'Istituto di Clinica Medica, Ematologia ed Immunologia Clinica. Il numero minimo e massimo di studenti previsto è di 10 e 20 rispettivamente.





Dal Consiglio di Amministrazione del 7 ottobre 1999

NOTIZIE SULLE PRINCIPALI DECISIONI

Il Presidente ha dato le seguenti comunicazioni:

Dati immatricolazioni ai corsi di Laurea al 5/10: Facoltà di Agraria: 69; Facoltà di Economia: 290; Facoltà di Ingegneria: 557, Facoltà di Scienze FF.MM.NN.: 141.

Tale andamento delle iscrizioni induce ad un certo ottimismo, tenendo conto della tendenza globale ad una contrazione.

E' stato commentato il disegno di legge AS 4194 "Disposizioni in materia di università e di ricerca scientifica e tecnologica" recentemente approvato in via definitiva che prevede:

1) l'obbligo di nuclei di valutazione interna, di pareri periodici degli studenti (anonimamente raccolti) e la istituzione del

Comitato Nazionale per la valutazione del sistema universitario;

2) un fondo incentivazione per attività didattiche aggiuntive;

Le delibere del Consiglio di Amministrazione

3) rifinanziamento degli assegni di ricerca;

4) la possibile presa di servizio anche in corso d'anno;

5) chiarimenti sulla composizione delle commissioni di valutazione comparativa.

Sono stati assegnati L. 50.000.000 per integrare il capitolo relativo agli adempimenti previsti dalla legge sulla sicurezza nei posti di lavoro.

E' stato dato parere favorevole alla modifica del regolamento prestazioni occasionali.

E' stato dato parere favorevole al Regolamento di Ateneo dei compensi per la realizzazione delle attività tecniche di progettazione, esecuzione e collaudo di lavori e pianificazione edilizia e territoriale all'interno dell'amministrazione.

Sono stati distribuiti il Regolamento utilizzo carte di credito ed una modifica al Regolamento contabile.

E' stato approvato il verbale della visita finale e la relazione e certificato di collaudo tecnico, contabile e amministrativo dei lavori di recupero e ristrutturazione della ex Caserma Villarey con conseguente liquidazione delle competenze spettanti.

Il Rettore ha illustrato il *Piano pluriennale di sviluppo dell'Ateneo*: in riferimento allo scenario europeo (Amsterdam 1997 e Lussemburgo 1997) le strategie per l'occupazione si poggiano su quattro pilastri, primo fra i quali il miglioramento della "occupabilità" attraverso i sistemi di formazione e preparazione. Questo corrisponde ad una risposta a quanto chiesto dal mondo del lavoro (vedasi Patto Sociale del 1998) in cui vi sono espliciti riferimenti all'azione dell'Università, ed anche a quanto contenuto nel Documento di Pianificazione Finanziaria (DPF) del 1999 in cui si sostiene che la formazione complessiva è al centro della azione di governo. Tenendo conto anche del "Patto Regionale di Sviluppo" recentemente firmato (vedi poi) l'Università dovrà:

- 1) cambiare la offerta formativa, più attenta ai bisogni del mercato (impiegabilità);
- 2) aumentare il tasso di produttività, in armonia con gli standards europei;
- 3) qualificare le strutture, secondo uno standard elevato;
- 4) sostenere gli studenti, attuando una politica di sostegno per il diritto allo studio.

Il CdA ha espresso parere favorevole sulle linee illustrate dal Rettore sul piano pluriennale di sviluppo.

Il Consiglio ha preso atto con vivo apprezzamento dell'avvenuta sottoscrizione, da parte dell'Università, del *Patto programmatico per lo sviluppo* - il testo degli undici articoli è disponibile all'indirizzo:

<http://www.unian.it/html/patprogr99.htm>

Fra gli aspetti più interessanti per la Università ricordiamo una maggiore integrazione con il mondo del lavoro (corsi di formazione), fondi per assegni di ricerca (stanziati 400 milioni), sostegno agli ERSU per alloggi studenteschi (5 miliardi). E' da sottolineare come per la prima volta l'Università sia stata chiamata a partecipare attivamente alla redazione del patto programmatico regionale di sviluppo, che quindi ha co-firmato.

Sono state autorizzate spese relative al

- 1) C.R.U.A..
- 2) RAI/Servizio Televideo
- 3) N.I.A. - attrezzature informatiche.
- 4) C.G.S.E. -fondo campo polivalente a Posatora.

Sono stati approvati contratti e convenzioni fra cui: Protocollo di intesa tra l'Università degli Studi di Ancona (Istituto di Clinica Medica Generale, Ematologia ed Immunologia Clinica) e l'Istituto di Ricovero e Cura Fondazione Centro S. Raffaele del Monte Tabor di Milano. Convenzione tra l'Università degli Studi di Bologna e le





Università consorziate di Ancona e Chieti per l'attivazione ed il funzionamento del Corso di Dottorato di Ricerca in "Citomorfologia".

Convenzione tra l'Ist. di Clinica Pediatrica e la USL n. 9 di Macerata.

Contratto di Comodato tra l'Ist. di Malattie del Sistema Nervoso e la Ditta Biotec.

Convenzione tra l'Istituto di Biologia e Genetica e l'ICRAM

E' stato aumentato l'importo del *grant* mensile per gli studenti in mobilità sino alla concorrenza di L. 600.000 per ogni mese di permanenza all'estero.

E' stata istituita una nuova graduatoria nel *part time* per l'accoglienza degli studenti Erasmus.

E' stata proposta la modifica di Statuto relativa all'art. 28 che risulta così formulato: comma 1° il Consiglio di Facoltà può prevedere l'istituzione della Giunta di Facoltà alla quale delegare specifiche competenze; comma 2° La Giunta, ove costituita, è nominata dal Consiglio di Facoltà. A tal fine il Preside propone i componenti.

E' stato espresso parere favorevole alla istituzione ed attivazione dei seguenti corsi di perfezionamento:

Medicina e Chirurgia Master in Organizzazione e gestione della qualità e sicurezza in campo alimentare Istituto di Biochimica

E' stato espresso parere favorevole alla attivazione corso di perfezionamento in Biomateriali per applicazioni biomediche -a.a. 1999/2000.

Il Consiglio di Amministrazione, ai sensi dell'art. 9 dello Statuto, ha autorizzato il riconoscimento delle ore di straordinario effettuate, oltre le indennità di missione, per il personale tecnico amministrativo impiegato nelle attività fuori sede.

Sono stati approvati fra gli altri i seguenti provvedimenti: Adesione dell'Università di Ancona al "Centro Interuniversitario di Ricerca e Servizi sullo sviluppo della didattica chirurgica telematica".

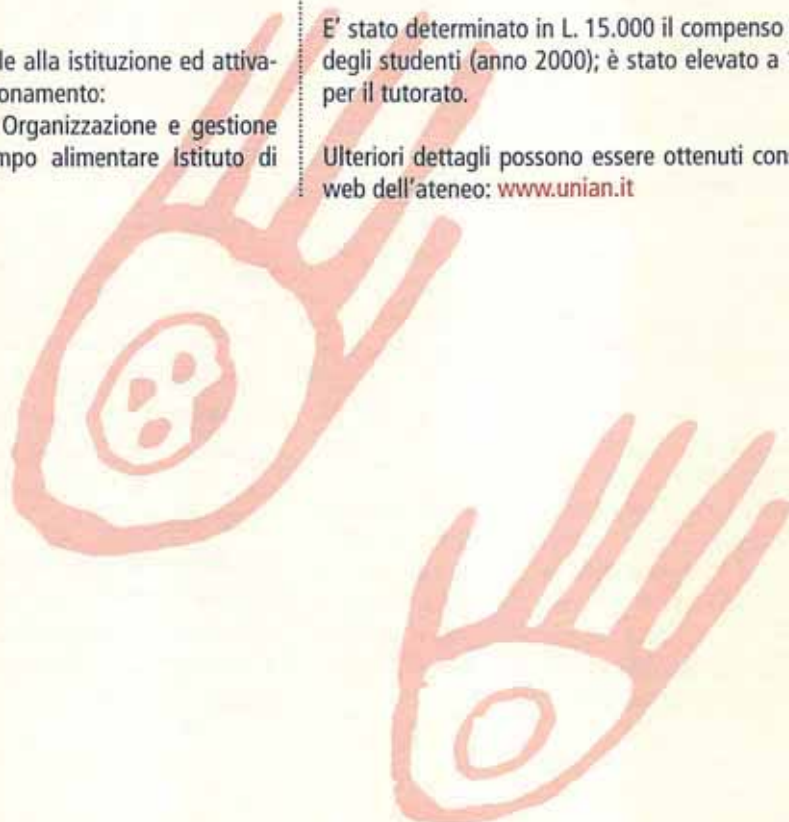
Contributo dall'Associazione Italiana contro le Leucemie – Sezione di Ancona.

Contributo Ricerca Scientifica prof. Di Primio.

Sono stati autorizzati assegni di ricerca per l'Istituto di Clinica Medica Generale, Ematologia ed Immunologia Clinica e Malattie del Sistema Nervoso.

E' stato determinato in L. 15.000 il compenso per il *part time* degli studenti (anno 2000); è stato elevato a 150 ore il tetto per il tutorato.

Ulteriori dettagli possono essere ottenuti consultando il sito web dell'ateneo: www.unian.it





Life-Long Learning

Istituzioni come l'Università dorica avvertono l'esigenza di aprirsi sempre più alle Realtà sociali e agli Ambiti relativi alla tutela della salute che rappresentano le nuove emergenti priorità per un Ateneo come il nostro in cui le varie discipline afferenti sono di tipo scientifico-tecnico piuttosto che letterario.

È questa una esigenza che da un lato innegabilmente si rifà alla necessità per Università quali la nostra di competere con Università ben più ampie e più facilitate per quanto concerne il reperimento esterno di fondi e il poter offrire attrattive concrete e facilitazioni agli studenti.

Comunque il poter prospettare al territorio regionale e nazionale la presenza di scuole di eccellenza rappresenta parimenti un dovere culturale e sociale che gli Atenei debbono assolvere in un momento di profonde e veloci trasformazioni della Società italiana e sovranazionale.

Così il realizzare un ambito di eccellenza relativo all'Insegnamento superiore Continuato (*Lifelong Learning*) su problematiche quali ad esempio – *Società-salute-sviluppo sociale* – costituisce una prospettiva verso cui anche le Istituzioni regionali marchigiane, le Associazioni cooperative e gli Ordini professionali debbono sentirsi stimolati a confrontarsi e collaborare.

Questi processi culturali richiedono comunque una trasversalità di insegnamenti, direzione che l'Europa ha ormai fatto propria.

Ormai, in Europa infatti le "etichette" diventano sempre meno restrittive, e anche la fruizione di sapere diviene sempre più innovativa in sintonia con le realtà di una società in rapidissima trasformazione.

Di fronte a tali prospettive di sviluppo l'Università diviene un attore indispensabile per garantire la qualità dell'insegnamento e non può farsi sostituire da industrie o associazioni che pur avendo esperienza pratica per quanto concerne gli obiettivi degli ambiti a cui si rivolgono hanno limitata esperienza di "insegnamento".

Già da ora esistono precise competenze e disponibilità didattiche presso il nostro Ateneo, utilizzabili immediatamente perché già pensate, al momento della loro istituzione, per un insegnamento continuato, in parallelo alla professione, dei singoli utenti, per i quali aggiornamento tecnologico vuol dire accesso a strumentazioni e competenze di eccellenza, ritrovabili a livello di Strutture universitarie.

EURO-Challenge, una guida alla carriera europea

Presso l'Ufficio Relazioni Internazionali dell'Ateneo (Piazza Roma, Ancona) è a disposizione la nuova edizione della Guida alla Carriera Europea per Studenti e Laureati "EURO-Challenge", contenente tutte le informazioni necessarie allo studio e sul lavoro in Europa.

La guida si rivolge in particolare a studenti e/o laureati delle Facoltà di Economia, Ingegneria, Scienze e Tecnologie della Informazione, ma anche a studenti provenienti da altri campi.

"EURO-Challenge" fornisce una serie di informazioni dettagliate e facili da consultare circa tutti gli aspetti di una pianificazione degli studi o della carriera in Europa: programmi di studio europei per laureati, borse di studio e altre forme di sostegno finanziario, programmi di esperienze lavorative, riconoscimento di esami e di *curricula* accademici, richieste di lavoro, opportunità di impiego, salari, contratti, assicurazioni, eccetera.

Le informazioni su più di 160 imprese europee contengono elementi utili sui più importanti "reclutatori" europei: quali sono le competenze più richieste, quanti e quali laureati vengono richiesti per anno, in quali aree e funzioni i laureati potranno lavorare, e quali sono le possibili retribuzioni.

Vi sono anche notizie utili per gli studenti, come i programmi di esperienze lavorative offerte dalle imprese, ad esempio. Annunci di organizzazioni che reclutano laureati europei costituiscono fonti di informazione importanti per coloro che sono vicini alla laurea.

L'organizzazione di un periodo di soggiorno di studio o di lavoro all'estero richiede sempre un certo spirito di iniziativa che non tutti hanno. Le informazioni contenute in "EURO-Challenge" si rivolgono a coloro che desiderano raccogliere la sfida di una esperienza di vita in un paese europeo diverso dal proprio; una lista di numerosi indirizzi utili consente di continuare la ricerca da soli, completando l'iniziativa editoriale molto interessante ed unica nel suo genere.





Caro Direttore,

quale Sindaco del Comune di Porto San Giorgio e collega di Facoltà, ti invio i messaggi di elevato contenuto etico e deontologico professionale di due colleghi, dott. Giacomo Napolitano e dott.ssa Loretta Gasparri, che da tempo svolgono la loro opera assistenziale all'AVIS di Porto San Giorgio.

Come puoi leggere, sono meditazioni personali, maturate dall'esperienza acquisita all'AVIS, sul comportamento del medico nell'esercizio assistenziale e sui rapporti umani e di solidarietà con i pazienti. Meditazioni che ritengo doveroso trasmettere alle nuove generazioni di medici in formazione perché non disconoscano le tradizioni della Medicina che deve continuare ad essere quell'arte ricca di insegnamenti e di umanità quale sempre è stata.

Sono certo che accetterai e condividerai la mia proposta.

Grazie e cordiali saluti

Francesco Amici

AVIS come messaggio d'amore

"Quando sono stato chiamato a scrivere o a parlare dell'AVIS mi si riempie il cuore di gioia e lo dico e, in questo caso, lo scrivo senza alcuna retorica, ma convinto di rendere giustizia ed esaltare una delle associazioni più nobili della nostra società. La cultura e i messaggi che giungono attraverso i *mass media* di una società consumistica e materialistica come l'attuale sono protesi al culto di falsi valori ed ideali, con modelli distorti da emulare: tutto ciò proiettato all'esaltazione di un egocentrismo sempre più spiccato, facendoci sempre più diventare intolleranti, sempre meno disposti a capire gli altri, ad aiutarli, sempre più barricati nelle nostre convinzioni e sempre più poveri spiritualmente.

Un'associazione come l'AVIS rompe queste barriere, combatte questi falsi valori e ridà all'uomo e, in questo caso, al donatore una sua dignità, privilegiando come ideali l'amore per il prossimo, la solidarietà, l'aiuto nella sofferenza.

Ed è per questo che deve aumentare l'interesse dei cittadini, delle istituzioni, dei politici, degli operatori sanitari verso questa associazione, dove non prevale l'interesse economico, di potere, ma solamente l'aiuto sincero e concreto verso un'altra persona che soffre. L'AVIS quindi la propongo come messaggio d'amore e di speranza di riconquista di valori autentici, di proiezione verso una nuova realtà culturale e spirituale. È questo il messaggio che dobbiamo lanciare ai nostri figli, ai giovani, per impedire che vengano stritolati da un consumismo sempre più sfrenato e vuoto, esortandoli a lottare per qualcosa di autentico e per cui valga la pena lottare. Se vite umane sono state salvate, lo si deve all'intervento dell'AVIS e dei donatori. Io, nella mia esperienza di medico, lo posso testimoniare. Cito un caso per tutti: quando molti anni fa Porto San Giorgio fu sconvolta da un sanguinoso conflitto a fuoco tra carabinieri e malviventi, se il capitano Aiosa, gravemente ferito al fegato, alla milza e al polmone, riuscì a cavarsela, lo dovette, oltre che alla bravura e alla tempestività dei sanitari, all'enorme quantità di sangue che l'AVIS reperì in un baleno. Ricordo ancora come fosse ieri, quando quella sera, medico addetto al servizio trasfusionale, vidi arrivare un numero enorme di donatori, tutti pronti a donare sangue indistintamente sia al capitano, che a uno dei malviventi, anch'egli gravemente ferito. In quel-

la gara di solidarietà non facevano distinzioni: c'erano vite da salvare, solo quello contava in quel frangente.

Sono questi i valori dell'AVIS, che sembrano scontati, ma che spesso dobbiamo riscoprire e non solo in occasione di celebrazioni, ma come pensiero e valore costante nella vita di ogni giorno. Valori che devono farci sentire fieri di essere uomini e riempire di calore umano la nostra vita. In un mondo così avaro di valori e di altruismo, arricchiamoci tramite questa esperienza di umanità, contribuendo così ad un piccolo grande tassello ad orientare questa società verso una nuova era. Alle soglie del 2000 contribuiamo a questa svolta e ci sentiremo tutti migliori".

Dott. Gaetano Napolitano

AVIS realtà cittadina

"L'AVIS di Porto San Giorgio si è sempre contraddistinta per la generosità dei suoi associati.

Se vado indietro con la memoria, ricordo ancora l'attività svolta da questa associazione negli anni '73, '74, '75, quando io iniziai la mia attività di medico volontario nell'AVIS. E un pensiero pieno di affetto va al dott. Pelletti, allora primario del centro di laboratorio di analisi, che, terminato il suo lavoro ospedaliero, si metteva a disposizione dell'Associazione fino a tarda ora, perché tutti i donatori che arrivavano potessero essere sottoposti al prelievo. Ricordo tutto ciò perché, essendo io appena laureata, vedevo in questo collega non solo un'alta professionalità, ma un profondo rispetto per tutti coloro che attraverso la donazione, compiono un atto generoso di alto significato filantropico.

La medicina nel corso degli ultimi decenni si è evoluta e sono entrate in vigore leggi che modificano non solo le tecniche del prelievo ma, soprattutto la legge n. 107 del 1990, applicano un piano di controllo e di protezione dei donatori, nonché di sicurezza dei pazienti riceventi. Ma lo spirito di chi fa parte dell'Associazione è sempre identico e forte e spontanea è la partecipazione al dolore degli altri.

Donare sangue è un atto di grande generosità, per il quale il donatore nulla ha di tornaconto, se non quello di sentirsi meglio con se stesso; atto di generosità compiuto in silenzio, lontano dagli occhi che possono applaudire.

Proprio per questo l'Associazione dei donatori deve essere visibile in una realtà cittadina.

È mia intenzione, con la collaborazione del Presidente e di tutto il direttivo, di mettermi a disposizione non solo come direttore sanitario, ma di aprire, una volta che l'AVIS di Porto San Giorgio avrà una sede adeguata, un ambulatorio per tutti i donatori, dove potranno essere sottoposti a controlli pressori e tutto quanto possa servire alla salute degli stessi".

Dott.ssa Loretta Gasparri

Il dott. Gaetano Napolitano ha lavorato presso il Centro di raccolta dell'Ospedale di Porto San Giorgio dando sempre al suo lavoro un'impronta di umanità, coltivando i suoi rapporti con i donatori e mettendo loro a disposizione le sue risorse professionali con impegno e generosità. La dott.ssa Loretta Gasparri, Direttore Sanitario dell'AVIS di Porto San Giorgio, si è sempre dedicata agli aspetti sociali, oltreché clinici, della sua professione.





Cancer. Principles & Practice of Oncology

Vincent T. DeVita, Jr., Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg
Lippincott-Raven - Philadelphia 1997
5th Edition

Prefazione degli Autori

La quinta edizione di *Cancer. Principles & Practice of Oncology* è un tentativo di venire incontro alle necessità dell'oncologia moderna: coordinazione, approccio bilanciato e multi modalità al "management" dei pazienti attraverso tutti gli stadi della malattia. Il testo è stato riorganizzato estesamente per favorire la conoscenza di queste aree in trasformazione dell'oncologia. Una introduzione è stata aggiunta all'inizio del libro "*Essentials of Modern Oncology Science*". I capitoli che trattano concetti di base di biologia molecolare e immunologia provvedono a dare le informazioni necessarie per capire le applicazioni di queste scienze nel trattamento dei pazienti con cancro.

Nella seconda parte "*Principles of Oncology*" vi sono nozioni sul ciclo cellulare, citogenetica, il processo di metastasi e le cause virali, chimiche, fisiche e ormonali di neoplasia.

In aggiunta ai principi di chemioterapia, terapia radiante e chirurgia sono descritti i principi di "management" del cancro riferiti alla patologia molecolare, genetica e terapia biologica con una enfasi su come queste nuove aree stiano interessando la pratica oncologica. Maggiore rilievo è posto sulla prevenzione, includendo nuove sezioni che mettono in relazione dieta e riduzione di rischio. Le problematiche etiche proposte da molte di queste nuove metodiche sono trattate.

La parte terza "*Practice of Oncology*" si occupa dei singoli organi ed è preceduta da una sezione sulla biologia molecolare di quell'organo. Queste parti introduttive sono completamente nuove e forniscono gli aggiornamenti circa gli sviluppi scientifici in rapporto con quell'organo.

Come in edizioni precedenti, viene messa in rilievo la coordinazione bilanciata di chirurgia, terapia radiante chemioterapia e terapia biologica nel trattamento dei pazienti nei vari stadi di malattia.

Alla terapia di sostegno e palliativa viene data notevole importanza. Viene descritto il miglioramento della vita che si è ottenuto con il controllo degli effetti collaterali dei farmaci e con il trattamento specializzato dei malati terminali.

Cancer. Principles and practice of Oncology termina con una parte che descrive nuovi approcci al trattamento del cancro e che considera nuovi eccitanti sviluppi nella terapia genetica, vaccini e nuovi metodi per migliorare i trattamenti convenzionali.

La Clinica Reumatologica (Prof. W. Grassi) e la Regione Marche- Azienda Sanitaria ASL n° 5 - Jesi organizzano

V Corso di Capillaroscopia in Reumatologia

23 e 24 novembre 1999 - ore 9.00
Hotel Federico II - Jesi

Segreteria Organizzativa:

M. C. Pennoni- Ufficio Formazione e Sviluppo Risorse Umane
ASL 5 Regione Marche
Tel.: 0731-534807 Fax: 0731-534833

L'Istituto di Patologia e Clinica dell'Apparato Locomotore organizza il

V Corso di Ecografia Muscolo-Scheletrica

5 e 6 Novembre 1999 - ore 14.00
Aula Didattica Reumatologia - Ospedale "A. Murri"
Via dei Colli, 52 - Jesi (AN)

Segreteria Organizzativa:

M. Bozzi, M. C. Pennoni- Ufficio Formazione e Sviluppo Risorse Umane - ASL 5 Regione Marche
Tel.: 0731-534807 Fax: 0731-534833

La Clinica Reumatologica (Prof. W. Grassi) e la Regione Marche- Azienda Sanitaria ASL n° 5 - Jesi organizzano il

XIV Seminario di Studi Reumatologici

25/27 novembre 1999
Centro Congressi
Hotel Federico II - Jesi

Segreteria Organizzativa:

M. Bozzi, M. C. Pennoni- Ufficio Formazione e Sviluppo Risorse Umane - ASL 5 Regione Marche
Tel.: 0731-534807 Fax: 0731-534833





NOVEMBRE

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
3-nov	14.00/15.00	Aula Didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
3-nov	15.00/17.00	Aula I Polo Didattico Scientifico	Pubertà precoce e ritardata	Dott. A. Camilletti, Prof. R. Collu	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
3-nov	8.30/9.30	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
4-nov	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
5-nov	9.00	Aula F - Polo Didattico Scientifico	Corso teorico-pratico "Gli accessi venosi centrali a lungo termine"	Prof. FP. Alò	DS: B, C, D, E, F, G, H, I, M, O, R, S, P, V, AA, CC, DD, EE, GG, HH, II, LL, MM
8-nov	14.00/15.00	Aula Didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
9-nov	12.30/14.30	Polo Didattico Scientifico	Gastroenteriti infettive	Prof. G. Scalise, Dott. F. Barchiesi	DS: M
10-nov	15.00/17.00	Aula I Polo Didattico Scientifico	Le Ipoglicemie: diagnosi e terapia	Dott.ssa C. Sardù, Dott.ssa E. Falcia	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG





AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

NOVEMBRE

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
10-nov	8.30/9.30	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
11-nov	8.30/10.30	Neuroradiologia - Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
12-nov	15.00/17.00	Aula Didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	DS: O, S, FF
17-nov	15.00/17.00	Aula Polo Didattico Scientifico	<i>Thyroid Club</i> : L'impiego della ecografia con mezzo di contrasto nella patologia nodulare tiroidea.	Dott. A. Taccaliti, Dott. G. Argalia	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
17-nov	8.30/9.30	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
18-nov	18.00	Aula Didattica Az. Osp. "G. Salesi"	Gravidanza extra-uterina: <i>management</i> clinico	Prof. G.G. Garzetti, Dott. A. Ciavattini	DS: I
18-nov	8.30/10.30	Neuroradiologia - Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
19-nov	15.00/17.00	Aula Didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	DS: O, S, FF
24-nov	13.00/15.00	Laboratorio di Fisiopatologia Digestiva Polo Didattico Scientifico	<i>Clinical Round</i> di citopatologia e Gastroenterologia	Prof. A. Benedetti, Prof.ssa A.M. Jézéquel	DS: H; DD; R; D
24-nov	15.00/17.00	Aula Polo Didattico Scientifico	Le ipo e le iperpotassiemie	Dott.ssa P. Pantanetti, Prof. F. Mantero	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
24-nov	8.30/9.30	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
25-nov	8.30/10.30	Neuroradiologia - Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE

DL: Diploma di Laurea; **DU:** Diploma Universitario **DS:** Diploma di specializzazione; **A:** Anatomia Patologica, **B:** Chirurgia Vascolare, **C:** Cardiologia, **D:** Chirurgia Generale, **E:** Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, **F:** Chirurgia Toracica, **G:** Ematologia, **H:** Gastroenterologia, **I:** Ginecologia ed Ostetricia, **L:** Igiene e Medicina Preventiva, **M:** Malattie Infettive, **N:** Medicina del Lavoro, **O:** Medicina Fisica e Riabilitazione, **P:** Neurologia, **Q:** Oftalmologia; **R:** Oncologia, **S:** Ortopedia e Traumatologia, **T:** Pediatria, **U:** Psichiatria, **V:** Urologia, **AA:** Anestesia e Rianimazione; **BB:** Dermatologia e Venerologia, **CC:** Endocrinologia e Malattie del ricambio, **DD:** Medicina Interna, **EE:** Radiodiagnostica; **FF:** Reumatologia, **GG:** Scienza dell'alimentazione, **HH:** Allergologia e Immunologia, **II:** Geriatria; **LL:** Medicina Legale, **MM:** Microbiologia e Virologia.



All'interno:
particolare di un graffito
preistorico dove l'immagine
della mano compare non più come
impronta ma come disegno vero
e proprio, definendo
una nuova fase della scrittura
e quindi della comunicazione

(da I. Schwarz-Winkhofer,
H. Biedermann
"Le livre de signes et des symboles."
Parigi, 1992)

LETTERE DALLA FACOLTA
Bollettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università di Ancona
Anno II - n. 10 Ottobre 1999
Aut. del Tribunale
di Ancona n.17/1998
sped. in a.p. art. 2 comma 20/C
legge 662/96 Filiale di Ancona

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

Comitato di Redazione
Lucia Giacchetti, Daniela Pianosi, Anna Maria
Provinciali, Giovanna Rossolini, Marta
Sabbatini, Marina Scarpelli, Daniela Venturini
Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona
Telefono 0712206046 - Fax 0712206049

Progetto Grafico Lirici Greci
Impaginazione Antonio Lepore
Stampa Errebi srl Falconara