



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

Tra gli avvenimenti del mese, mi piace segnalare la presenza nella nostra Università di due eminenti figure del mondo politico italiano, sabato 12 il Presidente del Consiglio Massimo D'Alema, mercoledì 29, per l'inaugurazione dell'Anno Accademico, il Sottosegretario di Stato on. Vincenzo Sica. Sono state due occasioni che hanno permesso di presentare agli autorevoli Ospiti lo spirito di cultura e di rinnovamento che permea il nostro Ateneo ed il potenziale di uomini e di strutture di cui esso dispone, nello scenario più ampio di una Regione ancora felice perchè ha saputo conservare i propri valori, le proprie bellezze artistiche, i propri beni culturali.

Un altro motivo di compiacimento è stata la recente nomina del Prof. Giovanni Danieli a Presidente della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Questo riconoscimento ovviamente premia il grande impegno profuso dal Prof. Danieli per il rinnovamento didattico, ma costituisce anche un riconoscimento che si estende alla Facoltà nel suo insieme, per tutto quanto, in questi anni, essa ha saputo realizzare in termini di reclutamento di Docenti, potenziamento dei programmi, ampliamento delle strutture, al fine di assicurare una preparazione professionale adeguata alle richieste della società. Altro evento del mese da sottolineare, l'esordio - tra le manifestazioni di *Medicina, di sera* - di una serie di conferenze dedicate al tema *Scienza e Filosofia*, un programma di quattro incontri ideati ed organizzati da Fiorenzo Conti e da Massimo Clementi; un programma che si inserisce, e ne è tappa fondamentale, in quel processo di *umanizzazione* dei Medici e del Personale sanitario in formazione che la nostra Facoltà ha posto tra i propri obiettivi prioritari.

Medicina, l'abbiamo spesso ricordato, è scienza basata sui valori umani ed il prodotto che la Facoltà immette nella Società, oltre ad essere Medico competente e capace, deve essere anche una personalità composita in grado di interreagire positivamente con la sofferenza di ogni singolo paziente, con il suo disagio, con i problemi che derivano dalla malattia e con la necessità, che il paziente avverte, di ottenere competenza ma anche comprensione.

Infine segnalo la nascita, nell'Ateneo, del *Centro dei Servizi Multimediali ed Informatici* e, nella Facoltà, del *Servizio Medicina e Sanità*; sono entrambe strutture, affidate a persone esperte e capaci, che permetteranno alla Facoltà di perseguire con più efficacia il proprio mandato. In particolare, il Servizio Sanità, diretto dal validissimo ed esperto Dr. G. Farinelli, che tutti conoscono ed apprezzano, è una sezione distaccata dell'Amministrazione centrale, interamente dedicata ai problemi amministrativi e gestionali delle attività sanitarie e assistenziali della nostra Facoltà.

Fin dalla mia elezione a Preside ho voluto che questo servizio fosse collocato stabilmente nel nostro Polo di Torrette affinché fosse a noi tutti "più vicino". I rapporti con la Sanità pubblica sono in realtà diventati via via sempre più complessi per le trasformazioni che sono intervenute e per le nuove leggi che continuamente vengono promulgate. E' impensabile districarsi in questa situazione complessa senza l'aiuto di personale amministrativo esperto, interamente dedicato a questi problemi.

Il Servizio Sanità sarà comunque a disposizione di tutti i membri della Facoltà anche per i loro problemi particolari.

Prof. Tullio Manzoni
Preside della Facoltà

LETTERA DEL PRESIDE	1
DALL'ATENEO DORICO	
Incontro con il Presidente del Consiglio dei Ministri on. Massimo D'Alema	2
EDITORIALE	
Nuovi materiali per il nuovo millennio in ortopedia	4
OSSERVATORIO	
I rapporti tra Servizio Sanitario e Università, nell'ambito del riordino del sistema sanitario	6
VITA DELLA FACOLTÀ	
- I lavori della Commissione Didattica	9
- Corsi Monografici	12
- Notizie	14
- A Medicina, di sera	15
- Scienza e Filosofia	16
- Forum di Facoltà	16
- Seminari di Medicina Basata sulle Evidenze	17
- Lettere	17
LA RICERCA CLINICA	
I citoprotettori in oncoematologia	18
LA MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE	21
STORIA DELLA MEDICINA	24
LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	25
APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO	26
CONGRESSI, CORSI, CONFERENZE	27
AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO	29



MARCO PACETTI

Rettore dell'Università di Ancona

Presidente del Consiglio dei Ministri,
Presidente della Regione, Presidente del Consiglio Regionale,
Presidente della Provincia, Sindaco, Membri del Parlamento,
Autorità, Signore e Signori,

A voi tutti il saluto e la gratitudine dell'Ateneo di Ancona che vede nel privilegio di ospitare questo incontro, onorato dalla presenza del Capo dell'Esecutivo, un riconoscimento - implicito ma alto - del ruolo determinante che l'Università è chiamata a giocare per lo sviluppo della comunità il cui consenso è per noi la più gratificante delle ricompense. Si approfitta in genere di queste occasioni per sfogliare il *cahier de doléance* e sciorinare una lunga serie di richieste ai Governi nazionali e regionali. Cercherò di non seguire tale prassi e riferirò nel mio breve intervento le linee strategiche che il nostro Ateneo si è

Incontro con il Presidente del Consiglio dei Ministri on. Massimo D'Alema

dato per lo sviluppo suo e del territorio in cui principalmente opera ferma restando

la vocazione universale, come universale deve essere il sapere, che l'Università reca persino nel suo nome.

Poi, per non essere troppo innovativo, non resisterò alla tentazione ed avvanzerò alcune proposte al Governo.

"L'Europa potrebbe fallire nella transizione ad una economia basata sulla conoscenza".

Con queste allarmanti parole si apre la Comunicazione al Consiglio e al Parlamento Europeo inviata meno di un mese fa dal Commissario Europeo Philippe Busquin.

Infatti la spesa per la ricerca dell'Unione Europea è pari a 1,8% del PIL mentre gli USA spendono il 2,8%, il Giappone il 2,9% e l'Italia (sotto la media UE) spende circa l'1,1%.

Tutto ciò mentre una percentuale tra il 25 ed il 50% della crescita economica è ascrivibile alla ricerca ed alla tecnologia.

Il pericolo è così forte che il Presidente D'Alema tra un mese parteciperà a Lisbona ad un Consiglio Europeo straordinario che reca l'emblematico titolo "Occupazione, riforme economiche e coesione sociale - Verso una Europa dell'Innovazione e della conoscenza".

Ebbene se queste sono le sfide che lo scenario propone, è chiaro che il ruolo cui la società chiama l'Università è di rispondere alla missione di vera e propria "fabbrica delle conoscenze" cioè luogo deputato alla ricerca, alla elaborazione e trasmissione di nuovi saperi. L'Università di Ancona ha

sviluppato una propria strategia divaricando il livello nazionale ed assumendo come riferimento l'Unione Europea e la Regione in una visione che è stata definita "glocalismo".

Dal livello sovranazionale l'Università di Ancona ha assunto come valore fondante del suo Piano Pluriennale di Sviluppo l'occupabilità, cioè il cosiddetto 1° pilastro del processo del Lussemburgo.

Non si sottovaluti questo punto perchè non si tratta di scelta neutra ma di scelta forte soprattutto se si pensa a molti altri Atenei carichi di tradizioni secolari e talvolta polverose.

E' invece una scelta meditata per la nostra Università giovane ma robusta con connotazioni che ne fanno una sorta di nuovo modello di Politecnico con attrezzature e servizi che la pongono ai vertici nazionali (triplo della media nazionale in quanto a mq/studente, posti biblioteca/studente, posti laboratori/studente), ove la ricerca dà risultati eccellenti anche a livello internazionale.

In questa Università si svolgono studi severi, non si producono inutili pezzi di carta ma concreti sbocchi nel mercato del lavoro (con tempi di attesa che sono molto più brevi rispetto alla media nazionale e si misurano in settimane e non in anni).

La nostra azione vuole cioè indicare che si deve passare dal diritto allo studio, inteso finora come puro diritto all'accesso, ad un più concreto diritto al successo.

Ciò non significa ovviamente una promessa di facili promozioni perchè la meritocrazia deriva dal dovere dell'eccellenza che la società affida alla missione dell'Università.

Gli studenti al contrario devono essere pienamente consapevoli del privilegio che l'intera società garantisce loro poichè sostiene, attraverso la fiscalità generale, i costi della loro formazione per divenire nuova classe dirigente.

Pertanto il diritto al successo non è uno *spot* (senza entrare in polemiche di questi giorni mi vien voglia di ricordare che l'Università non si vende come la Coca-Cola) non è uno *spot* dicevo ma è per noi un imperativo che deve segnare la fine della autoreferenzialità per aprire l'epoca della responsabilità sociale. L'Università intende pienamente realizzarsi come "comunità del sapere" istituita e sostenuta perchè la società ha bisogno di nuove conoscenze, di classi dirigenti aggiornate, di cittadini informati, di competenze tecniche e professionali. Queste sono le funzioni essenziali, i contributi specifici che l'Università deve saper fornire: esse costituiscono infatti il nocciolo di un contratto sociale non scritto, in base al quale come corrispettivo di questi servizi lo Stato supporta l'Università, contribuisce al suo finanziamento, accetta il suo giudizio professionale e la certificazione dei percorsi formativi garantendo un elevato livello di libertà e di autonomia istituzionale.





Questa responsabilità sociale deve spingere quindi ad agire in modo che l'autonomia non sia una scusa per l'isolamento, l'indifferenza o l'autoreferenzialità, ma il mezzo per dare un contributo indipendente alla società, per fornire una voce imparziale ed un servizio di alto livello professionale al bene pubblico.

Da questa responsabilità sociale discende il secondo livello di riferimento della nostra strategia di sviluppo che implica la scelta di fare sistema, di mettersi in rete con la Comunità Regionale.

Ed in questo senso l'adesione al Patto per lo Sviluppo non ha fatto che sancire solennemente una già attiva e fittissima rete di collaborazione con le Istituzioni locali, con le imprese industriali ed artigiane, con il mondo della cooperazione e delle professioni, cioè con tutti i principali attori dello sviluppo.

Per valorizzare queste alleanze e fare sistema l'Università intende essere un nodo importante della rete e si organizza come vera e propria "impresa della conoscenza" ed organizzazione a rete contrapponendo al modello della *turris eburnea* il modello delle 4-C, un modello cioè che poggia su Cooperazione intrinseca (locale e interistituzionale a leadership multipla),

Conoscenza condivisa,

Comunicazione diffusa,

Comunità di differenti fornitori ed integratori di conoscenze.

Signor Presidente del Consiglio,

in conclusione questa giovane ma solida Università vuole svolgere un ruolo decisivo nella rete di alleanze che lo sviluppo regionale richiede ed è consapevole di avere le qualità per assolverlo portando a sistema molta di quella "vitalità molecolare" delle "seconde linee", per dirla con le parole immaginifiche degli amici del Censis, con l'avvertenza che nel nostro

caso le seconde linee sono seconde solo rispetto a vecchie e polverose tradizioni.

E' però necessario che a livello nazionale si realizzi quella sorta di "welfare della istruzione e della ricerca" che l'ultimo DPEF delineava quando sanciva che "la formazione occupa un posto centrale nella ridefinizione dei meccanismi di welfare" e più avanti che il "riposizionamento competitivo del sistema italiano non può prescindere da un necessario potenziamento degli interventi in favore della ricerca e sviluppo". Il Presidente D'Alema riconoscerà le parole del suo DPEF.

Come prevedevo, è per me irresistibile la tentazione di avanzare alcuni suggerimenti al Governo che potrebbero segnare una reale svolta nella politica della istruzione e della ricerca. Ed ecco infine le proposte che le ottime notizie sul fronte delle entrate fiscali renderebbero praticabili già nel prossimo DPEF:

- 1) piano straordinario per residenze destinate a studenti universitari. Con 1000 miliardi si possono realizzare 20-30.000 posti-letto con effetti moltiplicativi sull'economia diffusi su tutto il territorio nazionale ove sono distribuiti gli Atenei;
- 2) aumento del fondo di finanziamento delle Università legato ad un aumento dell'impegno dei docenti (1000 miliardi sarebbero un incremento di circa l'8%);
- 3) impegno per l'insediamento di nuovi centri di ricerca e trasferimento tecnologico degli Enti di ricerca (CNR, ENEA, etc...) nelle Marche, regione che purtroppo è la meno dotata d'Italia di tali Laboratori e Centri pubblici.

Spero che queste idee possano trovare spazio nell'Agenda del Governo e contribuire così a quello sviluppo che la società reclama.

Grazie per l'attenzione.





Con lo studio di nuovi materiali l'Ortopedia si prepara a risolvere nel nuovo millennio il problema della sostituzione di grandi e piccole articolazioni.

L'impiego di protesi e mezzi di sintesi ha indubbiamente rappresentato la grande svolta della chirurgia ortopedica di questo secolo, ha consentito di risolvere numerosi problemi clinici ed ha segnato la nascita di una nuova disciplina: la scienza dei biomateriali. Scienza questa che studia le reazioni provocate da materiali estranei inseriti in essere viventi.

Il continuo sviluppo delle moderne tecnologie e la conseguente disponibilità di materiali sempre più affidabili, ha favorito la rapida diffusione e la vasta utilizzazione dei mezzi di impianto. E' innegabile che tutto ciò ha aperto nuovi orizzonti alla chirurgia in genere ed a quella ortopedica in particolare:

basti pensare alla possibilità di sostituire intere articolazioni (artroprotesi) e di abbreviare notevolmente i tempi clinici di guarigione delle fratture (osteosintesi), consentendo un

Nuovi materiali per il nuovo millennio in ortopedia

Clinica ortopedica dell'Università

rapido recupero funzionale e sociale del paziente. E' però altrettanto vero che l'impiego dei biomateriali, accanto a questi indubbi vantaggi, ha comportato la nascita di altre malattie da «corpo estraneo» con caratteristiche proprie la cui risoluzione presuppone l'individuazione ed il superamento di numerosi problemi di carattere biologico e di carattere meccanico-strutturale, tra loro strettamente correlati ed interdipendenti.

Il materiale impiantato, anche quando viene considerato inerte, finisce con l'interagire con i tessuti circostanti alterandone l'equilibrio biologico. L'introduzione di un materiale estraneo nell'organismo prevede infatti, anche nelle migliori condizioni, l'instaurarsi di nuovi equilibri meccanici e biologici. La ricostruzione meccanica della funzione di sostegno di un segmento scheletrico interferisce con la corretta successione dei fenomeni riparativi, fisiologicamente previsti dal sistema interessato. La reazione dei tessuti all'impianto, inoltre, si riflette negativamente sulle proprietà chimiche e fisiche dello stesso materiale ed è in grado, a medio o lungo termine, di provocare il fallimento o «rigo».

L'obiettivo finora ricercato è stato quello di realizzare materiali "inerti", con proprietà meccaniche adatte per le diverse applicazioni. Questo obiettivo si è però rivelato un percorso

senza reale sbocco, una via che ha portato a creare falsi metri di giudizio inducendo a ricercare la «scarsa» o, al massimo, la «buona» tollerabilità, obiettivi questi che di fatto rappresentano una dichiarazione di fallimento.

Per queste ragioni l'aspettativa del bioingegnere e del clinico si rivolge ormai a nuove generazioni di biomateriali, con caratteristiche che definiremo non più di "rispetto" verso il sistema biologico, ma di "integrazione". L'indicazione che l'utilizzatore può dare per conseguire il raggiungimento di questo obiettivo è quella dell'individuazione di due classi di biomateriali "di integrazione". La prima è relativa a quelle applicazioni nelle quali il materiale artificiale può svolgere una funzione di sostituzione o ausilio temporaneo, favorendo ad esempio la ricrescita di un tessuto naturale, venendo o eliminato o metabolizzato o comunque isolato dall'organismo. La seconda riguarda invece quelle applicazioni nelle quali non è prevista o non è possibile la rigenerazione del tessuto e pertanto al materiale artificiale è richiesta una funzione vicariante. E' chiaro che il primo requisito che deve avere un materiale per meritarsi il prefisso bio è la compatibilità con i tessuti naturali. Purtroppo la biocompatibilità è una proprietà ancora largamente indefinita e la caratterizzazione per questo aspetto dei materiali è una delle parti più complesse e difficili della scienza dei biomateriali. Biocompatibilità sicuramente vuol dire assenza di interazioni dannose per l'organismo, ma interazioni non dannose possono essere presenti oppure assenti e i materiali essere considerati in ambedue i casi biocompatibili.

Anche i tempi relativi ad un certo comportamento possono essere diversi per cui un materiale può essere biocompatibile solo per un certo periodo di tempo oppure indefinitamente. Un biomateriale deve comunque poter sostituire un materiale vivente, in parte o in tutte le sue funzioni, senza che l'organismo nel quale è inserito debba "accorgersi" di questa sostituzione in maniera tale da tendere ad espellerlo attraverso processi infiammatori o ad assorbirlo con produzione di sostanze tossiche o cancerogene.

La biocompatibilità di un impianto, in definitiva, dipende dalle complesse interazioni che avvengono tra questo e l'organismo ospite, sia sotto l'aspetto biologico che meccanico. La compatibilità biologica è condizionata dal rapporto tra la stabilità del materiale impiantato alla dissoluzione nei liquidi organici e la tossicità dei suoi componenti. La compatibilità meccanica è, invece, legata non solo alla qualità del materiale ma anche alla geometria dell'impianto ed alla tecnica chirurgica. La resistenza alla fatica è un aspetto fondamentale nella scelta di un materiale che deve sostenere non solamente sollecitazioni meccaniche di notevole intensità e ripetute nel tempo (si pensi ad esempio ad un impianto nell'arto infe-



riore) ma anche all'usura e alla corrosione operata dai liquidi biologici.

Le diverse proprietà dei materiali d'impianto e la dipendenza di queste dai processi di produzione del materiale e di formazione e foggatura del manufatto, condizionano infine la necessità di introdurre, anche in questo settore, dei criteri di standardizzazione e controllo di qualità del prodotto finale. Un'attenta analisi delle cause d'insuccesso degli impianti ortopedici consente, infatti, di stabilire che il motivo del fallimento è molto spesso da ricercarsi in una cattiva corrispondenza tra le caratteristiche attese e quelle reali del materiale in esame.

I materiali più usati in Ortopedia e Traumatologia sono stati sino ad ora metalli e polimeri. Il loro impiego ha generato due tipi di problemi:

a) *mobilizzazione dell'impianto* con conseguente rottura dell'impianto, dell'osso o di entrambi, in aggiunta ai sintomi dolore e impotenza funzionale. Il reintervento che richiede la sostituzione della protesi ha una ancora maggiore incidenza di rottura.

b) *sensibilizzazione ai materiali* che risulta nella formazione di una capsula fibrosa che isola l'impianto dai tessuti circostanti. Lo spessore di questa capsula fibrosa dipende da molti fattori tra cui la tossicità del materiale e il grado di mobilità dell'impianto.

Il ricorso ai ceramici per applicazioni ortopediche è assai recente, sebbene molti di questi materiali siano già da tempo impiegati in altri settori della Medicina. Nonostante una modesta resistenza meccanica (eccellente solo per sollecitazioni in compressione), un elevato punto di fusione, una limitata duttilità, le difficoltà della foggatura e un comportamento generalmente fragile, i ceramici si dimostrano attualmente estremamente promettenti per impieghi in campo ortopedico. Questo è dovuto principalmente alla elevata refrattarietà chimica ai processi di corrosione, ad un basso coefficiente di attrito e di usura e alla possibilità, posseduta da alcuni composti ceramici, di modulare l'osteogenesi riparativa all'interfaccia ossoimpianto. I materiali ceramici si prestano, inoltre, ad essere utilizzati come rivestimento di superfici metalliche.





1. Il decreto legislativo n. 517/99¹ sostanzialmente conclude il processo di riordino del sistema sanitario avviato con la legge delega n. 419 del 1998.

Per meglio comprendere l'importanza delle innovazioni introdotte con tale provvedimento è utile tracciare, velocemente, l'evoluzione normativa che la Sanità ha subito dalla riforma del 1978 ad oggi.

2. Nel dicembre del 1978 fu istituito il Servizio sanitario nazionale², con la soppressione degli Enti ospedalieri e l'introduzione delle Unità sanitarie locali, distribuite territorialmente ed istituite per garantire la tutela della salute fisica e psichica. I rapporti tra la Sanità e l'Università venivano disciplinati dall'articolo 39 della legge n. 833 del 1978 articolo finalizzato a realizzare un idoneo "coordinamento" delle "rispettive" funzioni istituzionali.

Lo strumento indicato per individuare l'apporto della facoltà

I rapporti tra Servizio Sanitario e Università, nell'ambito del riordino del sistema sanitario

Servizio Medicina e Sanità

medica alla realizzazione degli obiettivi assistenziali indicati dalla programmazione sanitaria regionale e l'utilizzazione da parte delle facoltà di medicina di strutture sanitarie, per le esigenze di ricerca e di insegnamento, era la convenzione.

Tale atto doveva essere stipulato tra la Regione e l'Università sulla base di uno schema tipo da emanare di concerto tra i Ministeri competenti: quello della Sanità e quello, allora, della Pubblica Istruzione.

Questo era lo scenario normativo fondato sul rispetto della reciproca autonomia tra i due sistemi che, pariteticamente, attraverso un rapporto convenzionale, disciplinavano la necessaria collaborazione.

Il primo riordino della Sanità lo si ha con il decreto legislativo n. 502 del 1992³ con il quale si azionalizzano le Unità sanitarie locali e si istituisce, in taluni casi, l'Azienda ospedaliera, scorporata dalla struttura sanitaria territoriale.

Anche tale provvedimento legislativo affronta i rapporti tra la Sanità e l'Università e l'articolo 6 prevede che siano stipulati "protocolli d'intesa" tra Università e Regione per regolamentare la reciproca collaborazione nell'ambito della assistenza, didattica, ricerca e formazione medica e specialistica.

L'articolo 4 dello stesso decreto legislativo poi, prevede la

possibilità di costituire in Azienda ospedaliera anche quei presidi in cui insiste la prevalenza del triennio clinico della facoltà di medicina.

La predetta Azienda deve dotarsi del medesimo modello gestionale delle altre Aziende ospedaliere, ma in essa costituiscono elementi di differenziazione il fatto che il suo direttore generale debba essere nominato dalla Regione d'intesa con il Rettore dell'Università e che l'Azienda debba garantire alla struttura universitaria che vi opera, le condizioni necessarie per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali.

Rispetto alla riforma del 1978 quindi si conferma lo strumento della "intesa" per disciplinare territorialmente i rapporti tra le due istituzioni, si accentua la collaborazione sul piano della didattica, particolarmente per i diplomi e le specialità, si individua una Azienda ospedaliera che, seppure gestita interamente dalla Regione e con regole regionali, si differenzia dalle altre Aziende per la presenza del triennio clinico della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Un ulteriore e decisivo passo in avanti è poi avvenuto con il recentissimo decreto legislativo n. 517 del 21 dicembre 1999. Infatti il Parlamento nel novembre del 1998⁴ ha delegato il Governo a riordinare il sistema sanitario particolarmente per completare il processo di azionalizzazione delle strutture del servizio sanitario e per rivedere la dirigenza del ruolo sanitario. Il Governo ha per buona parte ottemperato a tale delega emanando nel luglio scorso un primo decreto per la riorganizzazione del Servizio sanitario⁵ e nel dicembre scorso il decreto legislativo per disciplinare i rapporti tra Servizio sanitario e Università. Quest'ultimo decreto è specificatamente indicato all'articolo 6 della legge di delega prima richiamata. Un terzo provvedimento dovrà essere emanato entro il prossimo luglio e dovrà raccogliere, in testo unico, tutta la normativa che disciplina il sistema sanitario.

Relativamente al secondo decreto (decreto legislativo n. 517/99), va subito osservato che per la prima volta i rapporti tra Servizio sanitario e Università sono disciplinati da un intero provvedimento. Esso tende, come indicato dal Parlamento⁶, a promuovere l'integrazione della attività assistenziale formativa e di ricerca tra Servizio sanitario e Università e ad informare i rapporti tra i precitati sistemi al principio della collaborazione.

Il decreto disciplina così aspetti istituzionali, organizzativi, gestionali e del personale.

In particolare: ribadisce la necessità della attività assistenziale per lo svolgimento dei compiti istituzionali della Facoltà di Medicina e Chirurgia; prevede che la stessa avvenga nel quadro della programmazione nazionale e regionale assicurando la coerenza con le esigenze della didattica e ricerca; individua nei "protocolli d'intesa" tra Regione e Università lo strumen-





to operativo per la definizione dei rapporti tra i due sistemi. La prima innovazione rilevante che il predetto provvedimento introduce è per l'istituzione delle Aziende ospedaliero-universitarie.

Oggi le Facoltà di Medicina e Chirurgia espletano la loro attività presso i Policlinici o le Aziende ospedaliere convenzionate; il recente decreto prevede che entrambe le tipologie ospedaliere siano sostituite da aziende ospedaliero-universitarie. Tali Aziende operano nell'ambito della programmazione sanitaria e concorrono sia al raggiungimento degli obiettivi di quest'ultima, sia alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'Università.

Il modello di gestione operativa delle predette Aziende è dato dal dipartimento che deve assicurare l'apporto sinergico e l'esercizio integrato della attività assistenziale, didattica e di ricerca.

Tra gli organi di dette Aziende, oltre al Direttore generale e al Collegio sindacale, comuni alle altre aziende ospedaliere, figura l'Organo di indirizzo che ha il compito di proporre iniziative tendenti ad assicurare la coerenza tra la programmazione della attività assistenziale della Azienda e la programmazione didattica e scientifica della Facoltà di Medicina e Chirurgia e di verificare la corretta attuazione dei programmi definiti. Tale Organo è costituito da rappresentanti della Regione e dell'Università.

Il Direttore generale è nominato d'intesa tra Giunta regionale e Rettore ed i protocolli d'intesa dovranno indicare le modalità per la verifica dei risultati della attività di questo e le procedure per la sua conferma e revoca.

Anche nel Collegio sindacale è prevista la partecipazione di una rappresentanza universitaria.

Sono del tutto evidenti quindi le novità introdotte in relazione alla struttura ospedaliera in cui opera l'Università. A fronte della soppressione dei Policlinici, la gestione delle Aziende ospedaliero-universitarie prevede la partecipazione della università nel quadro di una integrazione tra i due sistemi.

Si può quindi affermare che su tale materia il legislatore sia riuscito a raggiungere una sintesi accettabile tra più esigenze; perplessità sorgono invece sulla normativa che si riferisce al personale, normativa che, a mio avviso, presenta aspetti ancora più innovativi.

3. Infatti il docente clinico, fino ad ora, ha sempre avuto un unico rapporto di impiego: quello universitario.

Questo principio è stato riconosciuto dalla normativa universitaria quando nel decreto relativo allo stato giuridico del personale universitario⁶ così recita: dell'adempimento dei doveri inerenti alle funzioni assistenziali il personale universitario "risponde alle autorità accademiche competenti"; ciò è stato

confermato dalla normativa sanitaria quando, nel decreto che disciplina lo stato giuridico del personale ospedaliero⁷, afferma che le disposizioni ivi contenute si applicano agli universitari per la parte compatibile.

Ciò, infine, è stato ripetutamente ribadito anche dalla Corte Costituzionale come quando nel 1981⁸ sottolineava: "il servizio prestato dai docenti universitari nei reparti clinico-ospedalieri fa parte integrante dei doveri inerenti al loro status, alla pari di qualsiasi altra forma di partecipazione alla vita universitaria in genere" ed ancora "per i docenti universitari ... non è possibile parlare di un duplice rapporto di impiego né di un lavoro supplementare o aggiuntivo che sia da considerare al di fuori dei doveri inerenti allo status di professore universitario".

La nuova normativa sembra invece modificare radicalmente tale principio generando una dicotomia tra il professore universitario clinico nelle sue funzioni di docente e ricercatore ed il professore clinico nelle sue funzioni assistenziali.

Con la c.d. "legge De Maria"⁹ e più ancora con il D.P.R. n. 382/1980⁶, al personale docente clinico è stata garantita una indennità tale da equiparare il proprio trattamento economico a quello del personale medico del Servizio sanitario di pari funzione.

Tale equiparazione, come prima detto, si riferiva esclusivamente ai fini economici atteso che per gli aspetti normativi al predetto personale veniva applicato lo stato giuridico proprio del personale docente universitario.

La prima frattura a tale principio la si ha con la legge finanziaria del 1991¹⁰ con la quale si estende ai docenti clinici la normativa riferita al personale medico del Servizio sanitario secondo la quale il "tempo pieno" è compatibile con la libera professione "intra ed extra moenia", purchè non espletata presso case di cura convenzionate con il Servizio sanitario.

A tale norma segue poi la legge finanziaria del 1999¹¹ che introduce anche per il docente universitario la incompatibilità tra attività libero professionale extra-moenia e la direzione delle strutture ospedaliere.

La nuova disciplina sulla riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale⁵ del luglio scorso (decreto legislativo n. 229/99) estende ulteriormente tale equiparazione pur rinviandone l'attuazione allo specifico provvedimento che avrebbe dovuto regolare i rapporti tra Sanità ed Università.

Questo processo di allineamento viene portato a compimento proprio con il predetto decreto legislativo¹, adottato nel dicembre scorso.

Infatti in esso si afferma, all'articolo 5, che:

a) i professori ed i ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale nella Azienda ospedaliero-universitaria sono individuati con apposito atto del Direttore generale, seppu-





re d'intesa con il Rettore, quasi che si volesse interrompere l'automatismo tra titolarità di insegnamento clinico e attività assistenziale;

- b) ai professori ed ai ricercatori universitari convenzionati si applicano, per quanto attiene all'esercizio della attività assistenziale, le norme stabilite per il personale del Servizio sanitario, rispondendone al Direttore generale e non più alle Autorità accademiche;
- c) ai professori ed ai ricercatori universitari convenzionati si applicano le disposizioni proprie del personale sanitario anche relativamente: all'unicità del ruolo dirigenziale, alle funzioni dei dirigenti responsabili di struttura, alla esclusività del rapporto di lavoro ed alle sue caratteristiche;
- d) per i professori ed i ricercatori universitari convenzionati viene introdotto un limite massimo di età per lo svolgimento della attività assistenziale diversificato da quello del proprio ruolo universitario.

Alla luce di tutto quanto esposto emerge con estrema chiarezza che il rapporto di docenza universitaria, seppure necessario per l'inserimento degli universitari nel Servizio sanitario, non costituisce più l'unica condizione e non è più l'elemento prevalente.

Il clinico per l'attività di docenza e ricerca continua ad essere docente universitario e soggetto al proprio "status", mentre per l'attività assistenziale è obbligatoriamente incardinato nel Sistema sanitario ed è soggetto a tutte le regole che disciplinano tale sistema.

Si può ben dire quindi che dalla equiparazione economica, introdotta dalla legge "De Maria", si è passati alla equiparazione normativa, a seguito della nuova disciplina che regola i rapporti tra Sanità e Università. Tutto ciò mentre, con l'articolo 6 del predetto decreto viene abrogata proprio la disciplina relativa al trattamento economico equiparativo. Ironia della sorte, mentre si porta a compimento l'equiparazione normativa si elimina quella economica.

E' quindi auspicabile che ciò sia rivisto anche la fine di evitare una conflittualità più che possibile.

E' ben vero che la nuova composizione dello stipendio del medico ospedaliero, a quanto è dato sapere, non faciliterà una equiparazione sicet sempliciter con la rigida retribuzione del docente universitario non contrattualizzato.

A mio avviso è necessario che sia ripristinata l'equiparazione relativamente alla base stipendiale e che le indennità accessorie, almeno quelle variabili, nel loro valore complessivo uguali a quelle per il personale ospedaliero, siano assegnate da un organismo, quale quello di indirizzo, in cui siano rappresentate entrambe le Istituzioni: quella universitaria e quella regionale.

Ciò perchè l'attività assistenziale si integra con quella di didattica e di ricerca ed il trattamento aggiuntivo deve essere graduato, tra l'altro, in relazione "all'efficacia nella realizzazione della integrazione tra attività assistenziale, didattica e di ricerca". E' auspicabile quindi una revisione della normativa su tale materia, in tal senso.

Bibliografia

- 1) Decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale e Università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419".
- 2) Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale".
- 3) Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421".
- 4) Legge 30 novembre 1998, n. 419 "Delega del Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".
- 5) Decreto legislativo 16 luglio 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale".
- 6) Decreto Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382 "Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica".
- 7) Decreto Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, articolo 35 "Stato giuridico del personale delle Unità sanitarie locali".
- 8) Corte Costituzionale, sentenza 10 luglio 1981, n. 126.
- 9) Legge 25 marzo 1971, n. 213.
- 10) Legge 30 dicembre 1991, n. 412, articolo 4.7.
- 11) Legge 23 dicembre 1998, n. 448, articolo 72.





A CURA DI GIOVANNI DANIELI

Nella riunione di martedì 15 Febbraio la Commissione Didattica, presenti il Preside Prof. T. Manzoni, il Coordinatore Generale Prof. G. Danieli, i Componenti Professori F. Alò, S. Cinti, G. Fabris, M. Procaccini, U. Salvolini, lo Studente Signor F. Mascella, ha assunto le seguenti deliberazioni:

1) Appelli e Statini d'esame

Il Coordinatore presenta il calendario delle verifiche per tutto il 2000, calendario che prevede otto appelli, distribuiti due nelle sessioni tradizionali di Febbraio, di Giugno e di Settembre, uno nei prolungamenti di Febbraio e di Settembre coincidenti con i periodi di vacanze per le festività di Pasqua e di Natale.

Il Calendario approvato dalla Commissione viene allegato al presente verbale (All. 1).

Il Coordinatore inoltre presenta il modello di *statino* con il quale lo Studente si presenterà ad ogni esame (All. 2).

Lo *statino* è stato preparato su precisa richiesta del Prof. Rappelli ed entrerà in vigore già con il prossimo prolungamento di febbraio. Viene compilato dallo Studente al momento di presentarsi all'esame dallo Studente che sotto la propria responsabilità dichiara di aver ottenuto l'attestazione di frequenza e di aver rispettato la propedeuticità. Ad esame effettuato sarà la Segreteria Studenti a verificare la correttezza delle dichiarazioni prima di registrare definitivamente il voto. Il modello di *statino* viene approvato. Per quel che concerne una proposta del Prof. Valardo, la Commissione condivide l'opportunità che gli Studenti affrontino un solo esame nei due appelli di prolungamento, così da garantire una loro migliore preparazione ed evitare un incongruo sovrapporsi di appelli in uno spazio limitato di giorni. La Commissione fa propria questa raccomandazione e conferma che data la brevità del periodo di esame non è possibile assicurare la non sovrapposizione di esami.

2) Attività delle Sottocommissioni

Saverio Cinti riferisce sullo stato dei lavori della Commissione dedicata alla riorganizzazione della Didattica interattiva.

La Commissione ha svolto due riunioni e conta in una terza riunione di terminare il proprio mandato, ossia la definizione di una nuova proposta per la didattica tecnico-pratica.

3) La valutazione dell'efficacia didattica

Sono state raccolte le schede di valutazione espresse dagli Studenti di tutti i Corsi Integrati che sono terminati nel 1° semestre di quest'anno per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Le schede saranno ora elaborate a cura della Presidenza e quindi trasmesse al Nucleo di valutazione di Ateneo.

4) Varie ed eventuali

4.1 - Esami finali dei D.U.

Le date proposte per gli esami finali dei D.U. dai rispettivi Coordinatori sono le seguenti esami finali dei D.U.:

Esami finali dei D.U.

- D.U. Infermiere: 23 marzo 2000 (Polo Didattico di Torrette)
- D.U. Tec. Sanitario di Laboratorio Biomedico: 15 marzo 2000 (prova pratica scritta), ore 9.00, Biblioteca Anatomia Patologica; 23 marzo 2000 (discussione della tesi), ore 9.00, Polo Didattico Torrette

4.2 - Designazione Rappresentanti MURST in seno alle Commissioni Giudicatrici degli esami finali di D.U.

La Commissione propone di sentire la disponibilità dei Professori Battino, Tummarello, Principato, Suraci, Ferrari, Sarzani, Annino, Bertoli, Pugnali che lo scorso anno avevano dato la loro disponibilità a essere Membri di Commissioni dell'esame finale di Diploma presso altre sedi. Se questi Professori saranno disponibili, detti nominativi verranno riconfermati. La lista è comunque aperta per eventuali ulteriori nuove afferenze.

4.3 - Esami di Stato 2000

Si confermano i nominativi dello scorso anno quali Membri designati per le Commissioni giudicatrici degli Esami di Stato del 2000 con un'unica variazione: considerato il Prof. Daniele Rodriguez in anno sabatico, lo stesso verrà sostituito nella Commissione di Odon-toiatria dal Prof. De Florio e verrà inserito fra i Professori supplenti, al posto di De Florio, il Prof. Di Primio. Nello stesso tempo la Commissione propone quali date per gli esami di stato dell'anno 2000:

Esami di Stato 2000

- 1° sessione: 16 maggio 2000
- 2° sessione: 21 novembre 2000

4.4 - D.U. Ostetrica/o

Per il contratto relativo all'insegnamento "Diritto Amministrativo", compito didattico "Diritto Sanitario, Deontologia Generale e Bioetica", sono pervenute le domande del Dr. Mario Battaglia e della Dr.ssa Rita Materazzi.

La Commissione valutati attentamente i titoli decide all'unanimità di proporre alla Facoltà il nominativo della Dr.ssa Rita Materazzi per la titolarità di questo insegnamento.

4.5 - Piano triennale 1998-2000 di sviluppo della Facoltà

Sono stati assegnati alla Facoltà di Medicina, per il Piano triennale di cui sopra, L. 150.000.000 dal MURST per la richiesta relativa ad Aula attrezzata a laboratorio con 30 microscopi. La Facoltà dovrà contribuire con un co-finanziamento di L. 30.000.000.

4.6 - Centro dei Servizi multimediali ed informatici di Ateneo
La Commissione è favorevole all'adesione della Facoltà a que-

I lavori della Commissione Didattica





sto Centro, considerato l'ampio numero di Aule attrezzate, di Laboratori didattici e di Laboratori di ricerca che utilizzano il mezzo informatico. Il Centro fa capo all'Ing. Castignani che ha già diretto personalmente molti dei lavori di installazione di queste attrezzature nella nostra Facoltà. Al proposito il Prof. Alò chiede l'installazione di una videocamera in sala operatoria collegata con le aule didattiche per le esigenze del proprio insegnamento.

4.7 - Secondo edificio di Facoltà

Il Preside riferisce che è stato affidato al Prof. Stazi della Facoltà di Ingegneria il progetto per la costruzione del secondo edificio di Facoltà. Il progetto prevede la creazione di due aule ad anfiteatro oltre che di alcune strutture didattiche minori. L'edificio ospiterà sicuramente la Facoltà di Odontoiatria e l'Istituto di Patologia Generale fra quelli rimasti nella sede di Montedago. Si costituisce una Commissione ad hoc, composta dai Professori S. Cinti, G. Danieli, M. Procaccini e G. Scalise.

4.8 - Propedeuticità

Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria
Il Prof. Procaccini chiede che l'insegnamento di Biochimica sia inserito tra quelli propedeutici a Patologia Generale. La richiesta viene accolta e sarà attiva a partire dal prossimo Anno Accademico. Chiede inoltre che l'insegnamento di Materiali Dentali, con svolgimento annuale, sia compattato a partire dall'anno 2000-2001 in un solo semestre. Anche questa proposta viene approvata.

4.9 - Pratiche studenti

Alcuni Studenti provenienti dal Corso di Laurea in Scienze Biologiche, iscritti al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, hanno visto riconosciuti gli esami effettuati e le frequenze rispettate.

All 1: Calendario delle verifiche

In attesa del Regolamento di Ateneo e di quello di Facoltà e coerentemente con quanto già deliberato e pubblicato, il calendario delle verifiche del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia è il seguente:

Appello di Febbraio 2000

Si svolge dal 1° al 26 Febbraio e si realizza in due differenti sedute, una nella prima, l'altra nella seconda metà del mese.

Prolungamento dell'appello di Febbraio

Si svolge in un unico appello e per tutti i Corsi Integrati dal 14 al 19 Aprile

Appello di Giugno 2000

Si svolge dal 19 Giugno al 29 Luglio e si realizza in due differenti sedute, una nella prima, l'altra nella seconda metà del mese.

Appello di Settembre 2000

Si svolge da 28 Agosto al 7 Ottobre e si realizza in due differenti sedute, una nella prima, l'altra nella seconda metà del mese.

Prolungamento dell'appello di Settembre

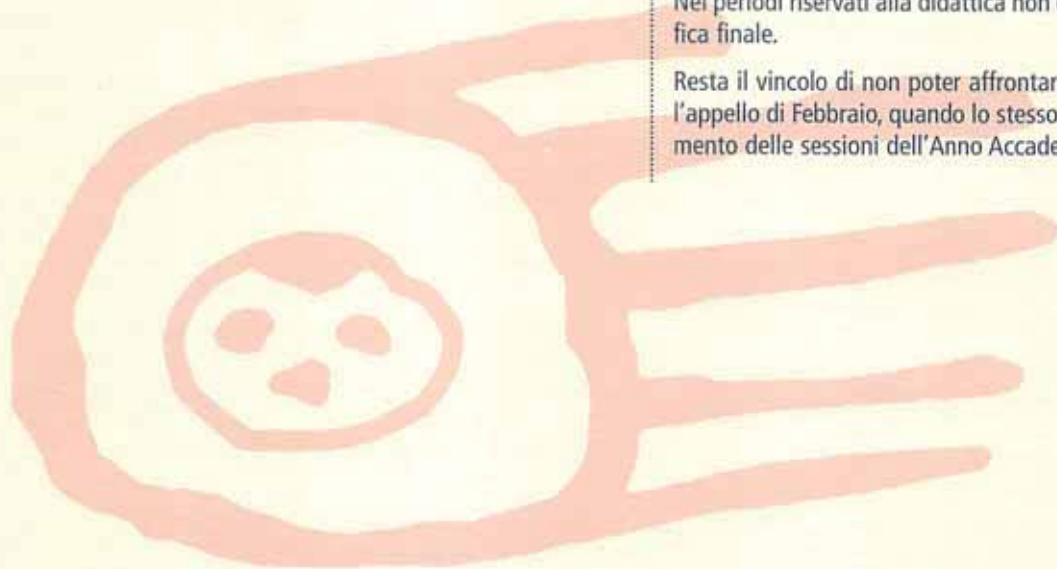
Si svolge in un'unico appello e per tutti i Corsi Integrati dal 15 al 20 Dicembre.

Gli appelli e i prolungamenti sopracitati sono aperti a tutti gli studenti in possesso dell'attestato di frequenza nel Corso Integrato di cui si chiede la verifica.

In totale quindi sono disponibili nel corso dell'anno otto appelli d'esame.

Nei periodi riservati alla didattica non è permessa alcuna verifica finale.

Resta il vincolo di non poter affrontare più di due esami nell'appello di Febbraio, quando lo stesso costituisce il prolungamento delle sessioni dell'Anno Accademico precedente.





Università degli Studi di Ancona

MODULO DI AMMISSIONE AGLI ESAMI DI PROFITTO
da consegnare alla Commissione Giudicatrice

Facoltà di **MEDICINA E CHIRURGIA** - Corso di laurea in _____
Corso di D.U. _____ Anno Accademico _____ Anno di corso _____

Il sottoscritto Studente del Corso di laurea o Diploma Universitario sopraindicato

Cognome	Nome	Numero Matricola

dichiara di voler sostenere

nell'appello di

ordinario

straordinario

il seguente esame di profitto:

Dichiara inoltre:

- di essere in regola con le attestazioni di frequenza relative all'esame da sostenere;
- di aver rispettato le propedeuticità richieste per affrontare l'esame sopra indicato;

Dichiara infine di essere a conoscenza che:

- se iscritto ad un anno di corso regolare, nell'appello straordinario di febbraio, non può sostenere più di due esami;
- se iscritto fuori corso (dalla seconda volta in poi) non ha più limiti di esame.

Ancona _____

Firma _____

NB - Si ricorda che per appello straordinario si intende il prolungamento dell'anno accademico precedente. Gli esami sostenuti nel mancato rispetto di quanto sopra dichiarato non saranno ritenuti validi e verranno per tanto annullati. Si richiama inoltre l'attenzione sulle responsabilità attribuite dalla L. 127/97 e successive modificazioni ed integrazioni in caso di dichiarazione mendace.

All. 2: *Statino d'esame*





	Corso	Docente	Periodo	Ora	Aula
II anno	ANATOMIA: 11. Anatomia della placenta	Prof. M. Castellucci	3-10-17 Mar.	ore 8,30	A
	13. Comunicazione cellulare: aspetti molecolari della trasduzione dei segnali	Prof.ssa G. Curatola	3-10-17 Mar.	ore 10,30	A
	14. Errori congeniti del metabolismo azotato	Prof.ssa L. Mazzanti	3-10-17 Mar.	ore 14,30	A
III anno	IMMUNOLOGIA: 22. Immunodeficienza da HIV	Prof.ssa M. Montroni e Coll.	24-31 Mar. 7 Apr.	ore 8,30	A
	PATOLOGIA E FISIOPATOLOGIA GENERALE: 23. Meccanismi di patogenicità dei parassiti	Prof. C. Vecchi	24-31 Mar. 7 Apr.	ore 10,30	A
	24. L'angiogenesi nei tumori e in altri processi patologici	Prof.ssa L. Possati	24-31 Mar. 7 Apr.	ore 14,30	A
IV anno	CHIRURGIA GENERALE E GASTROENTEROLOGIA: 35. Colestasi ed itteri	Dott. G. Macarri	3-10-17 Mar.	ore 8,30	F
	36. Chirurgia laparoscopica	Dott. A. M. Paganini	24-31 Mar. 7 Apr.	ore 8,30	F
	PATOLOGIA SISTEMATICA III, MAL. APPARATO CARDIOVASCOLARE, MAL. APP. RESPIRATORIO: 37. Elettrocardiografia clinica	Prof. P. Russo	3-10-17 Mar.	ore 10,30	F
	38. La malattia tromboembolica venosa	Prof. F. Alò Dott. C. Grilli Cicilioni	24-31 Mar. 7 Apr.	ore 10,30	F
V anno	ANATOMIA PATOLOGICA: 50. I tumori dell'età pediatrica	Prof.ssa M. Scarpelli	3-10-17 Mar.	ore 14,30	B
	51. Patologia del mediastino e del retroperitoneo	Prof. G. Fabris	24-31 Mar. 7 Apr.	ore 8,30	B
	53. La biologia molecolare in Anatomia Patologica	Prof. I. Bearzi	19-25 Mar. 2 Giu.	ore 10,30	B
	CLINICA MEDICA-STATISTICA 54. La Medicina basata sulle evidenze II: ricerca e validazione delle evidenze	Prof. G. Danieli, Prof.ssa F. Carle	3-10-17 Mar.	ore 10,30	B
	MAL. CUTANEE E VENEREE E CHIR. PLASTICA: 55. Ricostruzione della parete toracica	Prof. A. Bertani	24-31 Mar. 7 Apr.	ore 10,30	B





Corso	Docente	Periodo	Ora	Aula
V anno OFTALMOLOGIA: 58. Malattie degli annessi oculari	Dott. G. Frongia	3-10-17 Mar.	ore 10,30	B
PSICHIATRIA: 59. Elementi di Psicoterapia	Prof. G. Borsetti	24-31 Mar. 7 Apr.	ore 14,30	B
VI anno EMERGENZE MEDICO-CHIRURGICHE: 74. Anestesia	Dott.ssa E. Adrario	24-31 Mar. 7 Apr.	ore 8,30	E
77. Coma metabolici	Dott. I. Testa	3-10-17 Mar.		E
IGIENE E SANITA' PUBBLICA: 78. Rischi igienico-sanitari in ospedale: aspetti epidemiologici e preventivi	Prof. M.M. D'Errico	24-31 Mar. 7 Apr.	ore 10,30	E
MEDICINA LEGALE: 82. Introduzione alla deontologia medica <i>riservato agli studenti dei primi cinque anni</i>	Dott. M. Cingolani	3-10-17 Mar.	ore 14,30	E
83. Fondamenti della psicopatologia forense e della criminologia clinica	Dott. M. Cingolani	24-31 Mar. 7 Apr.	ore 14,30	E





A Milano il 19 febbraio u.s. il Prof. Giovanni Danieli è stato eletto Presidente della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

La Conferenza è composta dai 41 Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea italiani ed è la struttura deputata a promuovere il rinnovamento dei percorsi didattici e dei metodi di insegnamento nelle Facoltà attraverso la produzione e la sperimentazione di nuovi modelli formativi; nelle diverse sedi ha l'obiettivo di realizzare, nel rispetto dell'autonomia e delle peculiarità di ciascuno, le norme generali, oggi sempre meno

Conferenza Permanente dei CCL in Medicina e Chirurgia

vincolanti, traducendole in missioni locali efficaci sul piano didattico.

Ha inoltre lo scopo di armonizzare gli interventi formativi dei diversi Corsi di Laurea, senza con questo obbligare a comportamenti omogenei, identici su tutto il territorio nazionale: ogni Facoltà ha infatti

le proprie peculiarità in termini di profilo formativo, di risorse umane e di materiali nonché in termini di bisogni locali cui rispondere; ha delle sue proprie qualità specifiche accanto a quelle qualità minime comuni a tutti i Corsi di Laurea, in armonia con il profilo del Laureato europeo e con il *core curriculum*, ossia il sapere essenziale che ogni Laureato deve possedere.

Il Prof. Giovanni Danieli è Clinico Medico nella nostra Facoltà, Coordinatore Generale della Commissione Didattica, nonché Responsabile di questo Bollettino.

Il Direttore Amministrativo con O.D. n. 68 del 30.12.1999, su richiesta del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, ha istituito con decorrenza 10.01.2000, un nuovo Servizio Amministrativo: "Medicina e Sanità". Il Servizio ha sede a Torrette al 5° piano della Facoltà.

Al predetto Servizio sono stati affidati tutti i rapporti amministrativi con la Regione e con le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, nonché i procedimenti amministrativi relativi al personale universitario ed ospedaliero in relazione ai rapporti convenzionali.

Lo stesso Servizio avrà cura di tutti gli atti amministrativi relativi alla carriera degli studenti iscritti ai Diplomi, Corsi di Laurea e Scuole di Specializzazione della Facoltà e, infine, dei rapporti patrimoniali con le strutture sanitarie.

Responsabile del Servizio Medicina e Sanità è il Dr. Giuseppe Farinelli.

L'orario di accesso agli uffici è così articolato:

Lunedì, Mercoledì, Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00

I numeri telefonici e del fax che per il momento sono a disposizione sono i seguenti:

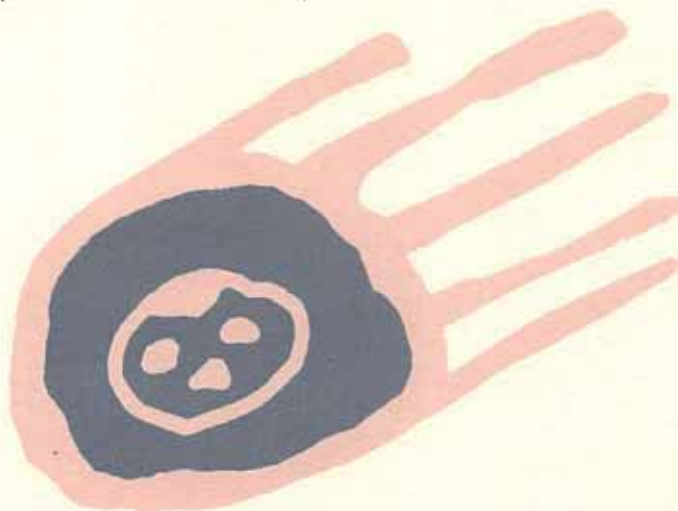
Sezione Affari Generali e del Personale

Tel. 071 2206132/33/34 - Fax 071 2206135

Ripartizione Didattica

Tel. 071 2206130/6010/6139 - Fax 071 2206008

Medicina e Sanità





A MEDICINA, DI SERA



a Medicina, di sera

Conversazioni con il Pubblico nella sede della Facoltà

Università degli Studi di Ancona
 Facoltà di
 Medicina e Chirurgia
 Polo Didattico Scientifico
 Aula D - Via Tronto
 Torrette di Ancona

Rembrandt Harmensz Van Rijn (1606-1669) - Lezione di Anatomia del Dottor Tulp - Mauritshuis, Den Haag

Qualità in Sanità

Coordinatore: Prof. Leandro Provinciali

1 Marzo 2000 - ore 18,00

La dimensione ed i protagonisti della Qualità in Sanità

Prof. Leandro Provinciali

La Medicina basata sulle Evidenze

Coordinatore: Prof. Giovanni Danieli

22 Marzo 2000 - ore 18,00

La MbE: un modo nuovo per portare la ricerca scientifica al letto del paziente

Prof. Giovanni Danieli, Prof.ssa Flavia Carle,
 Dr. Giovanni Pomponio

Scienza & Filosofia

Coordinatori:

Prof. Fiorenzo Conti, Prof. Massimo Clementi

6 Marzo 2000 - ore 18,00

Storia dei rapporti tra Scienza e Filosofia

Dr. Gilberto Corbellini

dopo un'introduzione del Prof. Tullio Manzoni

30 Marzo 2000 - ore 18,00

Etica della Ricerca

Prof. Silvio Garattini,
 S.A.I.R. F.W. Hoenzollern von Prußen
 dopo un'introduzione del Prof. Fiorenzo Conti

Gli incontri di "Scienza e Filosofia" si propongono di affrontare alcuni dei temi più rilevanti ed attuali della ricerca scientifica contemporanea in un contesto non settoriale. Le motivazioni che sono alla base di questa iniziativa nascono da molteplici considerazioni. Innanzitutto, Scienza e Filosofia sono unite dalla comune finalità di rispondere agli interrogativi fondamentali



dell'Uomo. In secondo luogo, il progresso della ricerca scientifica è stato ed è così rapido da proporre nuovi interrogativi e nuove riflessioni sui limiti della ricerca scientifica e sui problemi connessi all'etica, che certamente possono trovare risposte nel dialogo tra scienziati e filosofi.

Lo sforzo congiunto di scienziati e filosofi su alcuni temi fondamentali è pertanto cruciale per il progresso delle conoscenze e la riflessione sui rapporti tra scienza e filosofia, se improntata alla ricerca di linguaggi e di metodologie comuni anziché di futili contrapposizioni, potrà certamente contribuire a trovare la risposta a questi interrogativi.

I temi che saranno trattati rappresentano "problematiche di frontiera" della ricerca scientifica contemporanea. Con l'eccezione del primo incontro, di carattere storico e quindi introduttivo, gli altri incontri saranno articolati secondo il seguente schema:

- una breve introduzione (massimo 5 minuti),
- due Relazioni di circa 30-40 minuti l'una (una di un "Scienziato", l'altra di un "Filosofo" sullo stesso argomento);
- un breve contraddittorio tra i due Relatori (al massimo 30 minuti);
- una discussione "aperta" agli studenti ed al pubblico "non studentesco" presente.

Questa modalità organizzativa dovrebbe da una parte facilitare una più ampia esposizione delle diverse posizioni su argomenti di notevole interesse e dall'altra stimolare una più ricca discussione.

QUALITÀ IN SANITÀ

Coordinatore: Prof. Leandro Provinciali

3 marzo 2000 - ore 12.45

Analisi del processo assistenziale ed incremento della qualità tecnica

Dott. Claudio M. Maffei, Prof. Leandro Provinciali

10 marzo 2000 - ore 12.45

Le metodiche di accreditamento in Sanità

Ing. Raffaele Muro, Prof. Leandro Provinciali

17 marzo 2000 - ore 12.45

Evoluzione del confronto della qualità ed attuazione di programmi di miglioramento continuo

Prof. Francesco Di Stanislao, Dott. Andrea Gardini, Prof. Leandro Provinciali

24 marzo 2000 - ore 12.45

Qualità ed Etica in Sanità: Conflitti e Composizioni

Prof. Sandro Spinsanti, Prof. Leandro Provinciali





SEMINARI DI

MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE

Venerdì 3 Marzo, nell'Aula B, inizierà la seconda parte del Corso triennale dedicato alla Medicina Basata sulle Evidenze. I Seminari di questa parte approfondiranno i metodi di valutazione critica delle evidenze con particolare attenzione alla revisione sistematica della letteratura accessibile attualmente al medico.

Il Corso si è arricchito, rispetto alla presentazione originale, di alcuni importanti interventi, rispettivamente del Dr. Giorgio Giuliani e della Dr.ssa Cristiana Taus nella riunione di Venerdì 3, dedicata alla Cochrane collaboration e del Prof. Giovanni Corrao dell'Università di Milano, che presenta una applicazione esemplificativa del metodo, sul tema *alcol e malattie coronariche*.

La terza riunione, svolta dal gruppo del Prof. Giovanni Danieli, si concentrerà essenzialmente sulla ricerca delle evidenze. Riportiamo il programma dei tre incontri.

3 marzo (ore 10.30) - Aula B

Flavia Carle, Giorgio Giuliani, Cristiana Taus

La valutazione critica delle evidenze: la Cochrane collaboration

10 marzo (ore 10.30) - Aula B

Flavia Carle, Giovanni Corrao

Alcol e malattie coronariche: oltre l'Evidence Based Medicine

17 marzo (ore 10.30) - Aula B

Giovanni Danieli, Giovanni Pomponio, Laura Morbidoni

La ricerca delle evidenze (banche dati, motori di ricerca, siti Web dedicati alla MbE)

La frequenza al Corso conferisce otto crediti.

LETTERE

Considerazioni sugli appelli d'esame

In occasione di questa nuova uscita di "Lettere della Facoltà" vorrei analizzare una situazione che si ripropone con frequenza nella nostra facoltà che nell'ultima sessione d'esame di dicembre ha provocato alcuni problemi.

Un gruppo di studenti si è recato dal Prof. Varaldo chiedendo di posticipare l'esame di Microbiologia perchè nella stessa giornata si teneva anche un altro esame che gli stessi studenti avrebbero voluto sostenere.

Questa richiesta però ha fatto irritare non poco il docente il quale per evitare che si ripetessero analoghi episodi ha proposto alla Commissione Didattica (C.D.) che nei prolungamenti della sessione estiva e autunnale (aprile e dicembre) gli studenti avessero la possibilità di poter sostenere un unico esame.

In merito a questi fatti voglio fare una prima considerazione generale dicendo che mi trovo contrario allo spostamento delle date degli esami già fissati in quanto se pur possono favorire alcuni studenti spesso ne penalizzano altri creando inevitabili confusioni.

Ritengo inoltre del tutto inopportuna la richiesta fatta dagli studenti al Prof. Varaldo in quanto è uno dei pochi docenti che ci comunica all'inizio dell'anno accademico tutte le date degli esami da lui tenuti. Pretendere quindi a dicembre lo spostamento di un esame fissato dieci mesi prima secondo me è una richiesta che va contro le reali esigenze degli studenti.

Rendendomi conto dall'impopolarità delle cose che ho affermato, vorrei ricordare che ho sostenuto entrambi gli esami tenuti dal Prof. Varaldo quindi non ci può essere da parte mia alcuna intenzione di attirarmi le grazie di questo docente (precisazione questa utile solo per i più maliziosi).

Una soluzione possibile al ripetersi di queste spiacevoli situazioni è quella di chiedere nuovamente a tutti i docenti di comunicare le date degli esami all'inizio dell'anno accademico. Solo in questo modo infatti ci sarà possibile impostare il nostro piano di studi organizzandoci in maniera precisa e permettendoci così di evitare le eventuali sovrapposizioni delle date.

Vista la brevità delle sessioni d'esame mi rendo perfettamente conto che alcune sovrapposizioni siano inevitabili; sono altrettanto sicuro però che con la buona volontà dei docenti alcune potrebbero essere evitate. Riguardo invece alla proposta fatta dal Prof. Varaldo alla C.D. non posso che trovarmi totalmente contrario; infatti è troppo penalizzante nei confronti degli studenti considerando il fatto che gli esami che dobbiamo sostenere sono molto numerosi; vorrei ricordare infatti che nei soli due ultimi anni del nostro corso di laurea sono circa venti. Fortunatamente questa proposta grazie alla ferma opposizione degli studenti, da me rappresentati in C.D. non si è tradotta in delibera, ha purtroppo però lasciato qualche segno infatti ora ci viene fortemente consigliato di sostenere un solo esame nelle sessioni sopra ricordate.

Prima quindi di chiedere ulteriori spostamenti delle date degli esami gli studenti dovrebbero meglio valutare sia l'opportunità che le eventuali conseguenze delle loro richieste in quanto potrebbero determinare ripercussioni nei confronti di altri studenti.

Chiunque avesse osservazioni da farmi su questo articolo mi può trovare in facoltà dove sarò lieto di dare ulteriori spiegazioni sull'argomento e chiaramente di accettare consigli o critiche costruttive.

Fabio Mascella

Rappresentante degli Studenti in C.D.





ATTILIO OLIVIERI, DEBORA CAPELLI
ANTONELLA POLONI, MOIRA LUCESOLE
DANILO MASSIDA, PIETRO LEONI

Con il termine di citoprotettori si intendono molecole in grado di esercitare una azione protettiva nei confronti di cellule normali, generalmente esposte a un danno da parte di radiazioni ionizzanti e/o farmaci chemioterapici (Davidson DE et al). Come è noto i principali effetti collaterali conseguenti alla somministrazione di chemioterapici antitumorali per la cura di neoplasie ematologiche e non, sono rappresentati dalla tossicità sul sistema emopoietico (pressochè costante) e da un ampio spettro di fenomeni tossici extraematologici, il cui tipo e la cui entità sono diversi in relazione al tipo di farmaco e/o degli schemi di polichemioterapia utilizzati.

In oncematologia l'utilizzo delle alte dosi di chemioterapici, seguito dalla reinfusione di progenitori emopoietici prelevati dal sangue periferico, è ormai una pratica ampiamente diffusa e che ha consentito di migliorare notevolmente la prognosi di patologie come linfomi, mielomi e leucemie acute (Philip

T et al). Un aspetto fondamentale, legato all'utilizzo delle alte dosi di farmaci è rappresentato dal fatto che, mentre la infusione di cellule staminali emopoietiche

I citoprotettori in oncematologia

Istituto di Clinica Medica Generale, Ematologia ed Immunologia Clinica - Clinica di Ematologia dell'Università di Ancona

è in grado di minimizzare l'effetto mielotossico dei farmaci antitumorali, la tossicità extraematologica cresce in maniera proporzionale all'aumentare delle dosi; questo problema rimane tuttora aperto e, al momento attuale una tossicità extraematologica inaccettabile costituisce il principale fattore limitante l'ulteriore incremento dei dosaggi dei farmaci antitumorali utilizzati (Frei E.).

La possibilità di by-passare o di ridurre l'entità di questa tossicità extraematologica, mediante l'utilizzo di citoprotettori è stata più volte presa in considerazione (Kenilworth et al); in realtà l'utilizzo dei citoprotettori può essere previsto anche per la protezione delle cellule staminali emopoietiche normali. Questo approccio è stato proposto nel setting dell'autotrapianto, nell'intento di migliorare l'indice terapeutico di procedure sofisticate come il purging farmacologico ex vivo, allo scopo di eliminare o minimizzare la quasi costante contaminazione neoplastica delle raccolte di cellule staminali emopoietiche. (Douay L. et al).

L'Amifostine è un composto tiolico di cui è stata dimostrata l'attività elevata nella protezione dei tessuti dal danno da radioterapia, da agenti alchilanti o da altri agenti antitumorali come le antracicline (Myers C.E et al).

Questa molecola si è dimostrata efficace anche nel trattamento della mucosite acuta post-radioterapia, mentre il suo

ruolo nella prevenzione della tossicità extra-ematologica dopo chemioterapia ad alte dosi e nella eventuale protezione di progenitori emopoietici normali, non è stato mai precedentemente investigato se non aneddoticamente.

Il nostro gruppo si è occupato di queste problematiche sia con ricerche in vitro volte a testare la eventuale selettività di azione dell'Amifostine nei confronti delle cellule staminali normali e di quelle neoplastiche, sia con studi clinici finalizzati a verificare la efficacia di questa molecola nel prevenire la tossicità extra-ematologica legata ad una terapia sovramassimale, come nel trapianto autologo.

La prima fase dei nostri studi ha previsto quindi una serie di esperimenti volti a testare l'effetto citoprotettivo dell'Amifostine su progenitori emopoietici circolanti normali, ottenuti mediante leucaferesi e sottoposti a purging farmacologico ex-vivo, mediante incubazione con un agente alchilante come la mostarda azotata, estremamente tossico sia per i progenitori emopoietici normali che per quelli leucemici.

Questa iniziale fase di esperimenti sui progenitori emopoietici normali ha mostrato che la preincubazione con Amifostine determinava una significativa protezione della capacità clonogenica dei progenitori emopoietici normali: questa capacità è stata studiata mediante test clonogenici "in vitro", che pre-

Tab. 1: Citoprotettori in Oncematologia

Agente	Inibizione	Target	Farmaco
Dexrazone	Radicali liberi	Cuore	DNR
Mesna	Acroleina	Vescica	CTX
Amifostine	Legame DNA-Farmaco	Midollo	Rxt
	Radicali liberi	Mucose	Cisplatino
		Cuore	Alchilanti
		SNC	Antracicline
		SNP	CTX
		Polmone	

vedevano la valutazione sia di progenitori precoci mediante la metodica delle LTC-IC, che di progenitori più tardivi valutati mediante assay clonogenico in mezzo semisolido.

L'effetto citoprotettivo si è rilevato più importante nei confronti dei progenitori più precoci di tutte le filiere, mieloide eritroide e megacariocitaria (Tab.2, Poloni et al)

Esperimenti analoghi su linee leucemiche hanno peraltro evidenziato che l'effetto citoprotettivo dell'Amifostine era limitato ai progenitori normali, dal momento che la crescita residua dei progenitori leucemici era di entità sovrapponibile sia nei campioni trattati con la sola mostarda azotata, che in quelli preincubati con Amifostine; la mancanza di effetto citoprotettivo nei confronti delle cellule neoplastiche è stata con-





Tab. 2: Effect of Amifostine pre-treatment on LD 95 concentration ($\mu\text{g/ml}$) of Nitrogen Mustard on Early Progenitor Cells; 5R CFU-GM

Pts	NM	Amifostine+NM	
1	1.19	1.37	
2	0.47	0.83	
3	0.45	0.74	
4	0.35	0.67	
5	0.65	0.67	
6	0.71	0.87	
7	0.31	0.41	
8	0.98	1.16	
9	0.87	0.95	
10	0.45	0.56	
Mean \pm SD	0.64 \pm 0.09	0.82 \pm 0.09	$p=0.005$
Median	0.56	0.79	Da Poloni A et al. Exp Hemat, 1999, 27:1548

fermata anche mediante test di chemiosensibilità "in vitro" su cellule blastiche fresche ottenute da pazienti leucemici (Tab. 3).

La selettività d'azione dell'Amifostine, risiede fondamentalmente nella differente permeabilità di membrana e quindi di concentrazione intracellulare del farmaco oltre che nella differente concentrazione dell'enzima fosfatasi alcalina, necessario per l'attivazione intracellulare del farmaco; la concentrazione di tale enzima è difatti notevolmente più bassa all'interno della cellula neoplastica (Calabro-Jones P.M. et al).

Sul versante clinico abbiamo testato le proprietà citoprotettive dell'Amifostine in due gruppi di pazienti, che hanno ricevuto un trapianto di cellule staminali ematopoietiche autologhe preceduto (gruppo A= 35 pazienti) o meno (gruppo B= 33 pazienti) dal pretrattamento con Amifostine al dosaggio di 750 mg/mq prima della somministrazione di Melfalan ad altissime dosi.

I due gruppi erano perfettamente equilibrati per età, caratteristiche cliniche, performance status e tipo di condizionamento. Il gruppo pretrattato con Amifostine ha mostrato un drammatico miglioramento della tossicità acuta extra-ematologica, dimostrato da:

- A) netta riduzione della incidenza di mucosite di grado III e IV (WHO) legata al danno sull'epitelio digestivo (21% verso 53%; $P=0,006$);
- B) netta riduzione della durata della mucosite: 0 giorni (0-9 gg) nel gruppo A verso 7 giorni (0-11 gg) nel gruppo B ($P=0,004$);
- C) riduzione significativa del fabbisogno della terapia analgesica con oppioidi ($P=0,0001$);

D) infine anche l'incidenza e la durata della diarrea severa e soprattutto del vomito sono risultate significativamente ridotte ($P=0.004$).

Non sono state invece riscontrate differenze tra i due gruppi per quel che riguarda la durata della fase aplastica, peraltro assai breve in entrambi a causa della reinfusione dei progenitori emopoietici circolanti; infine il follow-up clinico dei pazienti mostra al momento attuale che l'incidenza di ricadute da malattia neoplastica non differisce nei due gruppi, a conferma della selettività di azione dell'Amifostine (Olivieri et al).

I risultati preliminari di questa esperienza sono stati pubblicati recentemente ed hanno incoraggiato altri Gruppi a intraprendere uno studio randomizzato di carattere nazionale coordinato dal nostro Centro e dall'Ematologia di Genova.

Un ultimo aspetto riguardante le proprietà citoprotettive di questo farmaco è attualmente in corso di valutazione in un sottogruppo di pazienti anziani (età>60 anni) affetti da Leucemia Acuta non Linfoide; come è noto la prognosi di questi malati è estremamente severa sia per l'elevata aggressività della malattia.

Questi due aspetti condizionano sia una elevata mortalità, legata alla chemioterapia, che una elevata percentuale di insuccessi legati alla impossibilità di eseguire una chemioterapia intensiva per la nota "fragilità emopoietica" di questi pazienti.

La disponibilità di un citoprotettore efficace, apre in questo subset di pazienti, la possibilità di utilizzare chemioterapie più intense fino anche all'autotrapianto; una nostra esperienza preliminare su 33 pazienti, presentata al Congresso della Società Italiana di Ematologia del 1999 mostra che l'autotrapianto in pazienti di età superiore a 65 anni è fattibile e con una mortalità correlata al trattamento fondamentalmente simile a quella osservata nei pazienti giovani (4%) (Montanari

Tab. 3: Effect of Amifostine pre-treatment on LD 95 concentration ($\mu\text{g/ml}$) of Nitrogen Mustard on PB blasts of AML patients mixed with irradiated Normal PB Progenitor Cell (1:10)

Diagnosis (FAB)	NM	Amifostine + NM
Immunophenotype		
AML (1)	0.28	0.15
CD 34, 33, DR, 13		
AML (0)	0.24	0.10
CD 34, DR, 7, MPO		

Da Poloni A et al.
Exp Hemat, 1999, 27:1548





M. et al) Le nostre esperienze "in vitro" e "in vivo" con Amifostine, costituiscono pertanto il razionale per impostare uno studio clinico-biologico con l'Amifostine nei soggetti anziani utilizzando schemi di chemioterapia finora utilizzati solo negli adulti giovani, con l'intento sia di migliorare la percentuale di risposte, sia di ridurre o rendere accettabile la tossicità da chemioterapia, normalmente elevatissima in pazienti di questa fascia di età (65/75 anni).

Le finalità dello studio prevedono di verificare la efficacia del farmaco Amifostine nel prevenire o ridurre la tossicità ematologica ed extra-ematologica, legata alla somministrazione di antracicline (Idarubicina) precedentemente non testate e contemporaneamente, sul versante biologico, di verificare mediante metodica citofluorimetrica, il fenomeno dell'apoptosi indotta da antracicline e l'eventuale interferenza su questo fenomeno da parte del pretrattamento con Amifostine.

La fase preliminare prevederà lo studio dell'apoptosi in un

gruppo di controllo costituito da pazienti giovani sottoposti allo stesso tipo di chemioterapia, ma non pretrattati con Amifostine.

Il fenomeno dell'apoptosi verrà valutato all'esordio sui blasti leucemici da midollo e da sangue periferico e successivamente, nei pazienti rispondenti, lo stesso fenomeno potrà essere valutato sulle cellule emopoietiche normali riemerse, con l'ottenimento della remissione completa dopo chemioterapia.

Se l'effetto citoprotettivo selettivo verrà confermato anche "in vivo", questo dato potrà perciò costituire la base per un miglioramento reale dell'indice terapeutico degli schemi di polichemioterapia nel trattamento delle leucemie acute e potrà consentire ad una più elevata percentuale di pazienti leucemici di avvalersi della procedura di raccolta e di reinfezione di cellule staminali periferiche, nel tentativo di migliorare la percentuale di guarigioni ottenibili con chemioterapia convenzionale e non.

Bibliografia

Davidson D.E., Grenan M.M., Sweeney T.R. (1980): Biological characteristics of some improved radioprotectors. In: Masson NY (ed.), Anonymous Radiation Sensitizers. New York, pp 309-320.

Philip T., Guglielmi C., Hagenbeek A., Somers R., Van der Lelie H., Bron D., Sonneveld P., Gissenbrecht C., Cahn J.V., Harousseau J.L. (1995): Autologous bone-marrow transplantation as compared with salvage chemotherapy in relapses of chemotherapy in relapses of chemotherapy-sensitive-non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med*, 333, 1540-1545.

Frei E.: Pharmacologic strategies for High-Dose Chemotherapy. In: "High Dose Cancer Therapy", cap 1, pag 3-13; James O. Armitage, Karen H Antman; Editors William & Wilkins; 1992.

Kenilworth [NJ] (1994): Ethiol (Amifostine) for the prevention of chemotherapy-induced toxicity [Product Monograph]. Schering-Plough International, 37-44.

Douay L., Hu C., Giarratana M.C., Bouchet S., Conlou J., Capizzi R.L., Gorin N.C. (1995): Amifostine improves the antileukemic therapeutic index of mafosfamide: implications for bone marrow purging. *Blood*, 86, 2849-2855.

Myers C.E., Mc Guire W.P., Liss R.H., Ifrim I., Grotzinger K., Young R.C. (1977): Adriamycin: the role of lipid peroxidation in cardiac toxicity and tumor response. *Science*, 197, 165-167.

Poloni A., Leoni P., Curzi L., Cantori I., Montanari M., Mancini S., Masia M.C., Olivieri A. (1999): "Ex Vivo" Pharmacological Purging of Leukapheresis Collections with Nitrogen Mustard: Amifostine Pretreatment Improves both Early and Late Peripheral Blood Progenitor Cell recovery. *Exp Hematol*, 27: 1548-1556.

Calabro-Jones P.M., Fahey R.C., Smoluk G.D., Ward J.F. (1985): Alkaline phosphatase promotes radioprotection and accumulation of WR-1065 in V79-171 cells incubated in medium containing WR-2721. *Int J Radiat Biol*, 47, 23-27.

Olivieri A., Poloni A., Capelli D., Offidani M., Montanari M., Leoni P. (1998): Effect of Amifostine on mucositis during autologous PBPC transplantation. *Blood*, 92: 10 (abst. 1127).

Montanari M., Olivieri A., Brunori M., Massidda D., Capelli D., Poloni A., Centurioni R., Cantori I., Lucese M., Candela M., Leoni P.: PBPC autotransplantation in elderly patients: a single center experience. *Haematologica* 84: 59 (abst. 54), September 1999





Laura Morbidoni
Lara Ghattas,
Giovanni Pomponio

La medicina basata sulle evidenze (MbE), il nuovo metodo clinico che va affermandosi da diversi anni, si sviluppa attraverso alcune fasi fondamentali: a partire da un problema clinico, incontrato nell'attività quotidiana, il medico deve essere in grado di formulare un quesito clinico, in cui siano ben definiti il tipo di paziente, l'intervento e l'esito a cui si è interessati, sulla base del quale orientare la ricerca bibliografica delle evidenze che, per essere definite tali, andranno valutate criticamente ed, una volta ritenute valide, applicate al paziente in esame. Uno dei possibili strumenti attraverso i quali il

Le tabelle delle evidenze

Strumenti di applicazione della Medicina Basata sulle Evidenze nelle attività clinica e didattica

Istituto di Clinica Medica Generale
Ematologia ed Immunologia Clinica
dell'Università di Ancona

metodo MbE diviene applicabile nella pratica è la costruzione di documenti strutturati in cui vengono presentati il quesito, le modalità di ricerca bibliografica, i risultati del processo di ricerca, la valutazione critica degli studi clinici ed una breve conclusione con commento dell'autore. La 'tabella delle evidenze' nasce come strumento da utilizzare nell'attività clinica, ma è anche un utile strumento di formazione al metodo.

Essa può nascere come esigenza di risposta a due tipi di quesiti: il quesito di 'background' che nasce dalla necessità di aumentare la propria conoscenza relativamente ad un argomento specifico ed il quesito clinico, che nasce invece da un problema clinico reale su cui si è chiamati a prendere decisioni pratiche.

Pubblichiamo in questo articolo due esempi il primo è un quesito di background: 'esiste una terapia medica per la cirrosi biliare primitiva? Qual è la terapia medica per la cirrosi biliare primitiva?', il secondo un quesito clinico: 'In un paziente di 80 anni con anemia emolitica autoimmune da anticorpi freddi non controllata dalla terapia steroidea la splenectomia può essere efficace nel determinare una remissione duratura?'

La parte centrale dei due documenti è appunto la tabella in cui vengono riassunte le evidenze individuate tramite la ricerca bibliografica.

Lo scopo principale è quello di rendere esplicite le caratteristiche fondamentali delle 'evidenze' trovate, in particolare il tipo di documento individuato (articolo originale, revisione narrativa, revisione sistematica, linea guida), il disegno e le

caratteristiche dello studio, i risultati dello studio, i livelli dell'evidenza ed il grado della raccomandazione ed infine eventuali appunti su debolezze dello studio e bias individuati: in pratica un riassunto del processo di validazione.

Tale tabella serve a mettere in risalto quali sono le caratteristiche che devono essere soddisfatte perché uno studio possa essere considerato valido, quali sono i limiti di tali studi e quindi qual è il grado di sicurezza di una determinata conclusione.

Dal punto di vista pratico la costruzione di questi 'riassunti delle evidenze' non è così facile ed immediata così come può sembrare, innanzitutto perché in molti casi molti dati necessari per valutare la validità degli studi non vengono forniti (è il caso delle revisioni narrative nelle quali l'autore non riferisce quasi mai i dettagli del processo di ricerca e validazione delle evidenze attraverso i quali ha costruito la revisione) e in secondo luogo perché vi è la necessità di creare differenti tipi di tabella a seconda che il quesito in questione sia diagnostico, terapeutico e così via (perché in ognuno di questi casi dovranno essere ricercate negli studi caratteristiche diverse); inoltre è frequente il caso in cui le opzioni, ad esempio terapeutiche, a cui siamo potenzialmente interessati sono molteplici.

Solamente il tempo e l'esercizio potranno permetterci di trovare delle soluzioni a questi limiti e di migliorare questo nuovo strumento, la cui reale utilità andrà verificata valutandone l'utilizzo e la capacità di modificare i comportamenti.

Terapia medica della Cirrosi Biliare Primitiva: le "evidenze"

La cirrosi biliare primitiva è una malattia epatica progressiva, a patogenesi verosimilmente autoimmune, caratterizzata da infiammazione cronica dei dotti biliari epatici. Data l'inesorabile progressione verso la fibrosi e l'insufficienza epatica, l'unico trattamento definitivo è rappresentato dal trapianto di fegato.

Tuttavia, sono stati proposti numerosi tentativi di terapia medica con lo scopo di limitare le manifestazioni della malattia o di rallentarne la progressione.

Il *quesito di background* posto è quello di verificare se la terapia medica può avere indicazione nel trattamento della cirrosi biliare primitiva e, in tal caso, quali siano i farmaci la cui efficacia è supportata da prove migliori.

In particolare, nel valutare il ruolo dei farmaci, gli outcome considerati fondamentali sono stati:

- La sopravvivenza
- Il tempo trascorso prima del trapianto epatico
- Il rallentato deterioramento dell'istologia epatica



Sono stati ritenuti outcome minori (e perciò scartati gli articoli in cui questi erano gli unici considerati) gli effetti sulla sintomatologia e sui dati di laboratorio.

La *ricerca* bibliografica è stata svolta secondo le seguenti modalità:

ricerca di linee-guida o systematic review in CPG infobase, HSTAT, guideline, Cochrane Library, DARE, National Guideline Clearinghouse;

ricerca bibliografica su Medline con il motore di ricerca PubMed restringendo la ricerca a trial clinici randomizzati, linee-guida, meta-analisi o review pubblicati, senza restrizione di data, in lingua francese o inglese, che abbiano come major MeSH 'liver cirrhosis, biliary' e come subheading 'therapy'.

Gli studi valutabili (rivista reperibile presso la biblioteca della facoltà o abstract strutturato disponibile in rete) sono stati selezionati in base alla loro validità.

I *risultati* sono illustrati nella tabella.

Tali dati *evidenziano*:

1) *Monoterapia*

uno sfavorevole rapporto efficacia/tossicità per azatioprina, prednisolone, ciclosporina, penicillamina e clorambucil, il cui uso perciò non è raccomandabile nel trattamento della cirrosi biliare primitiva;

un effetto significativo sulla progressione della malattia unito ad una buona tollerabilità solo da parte dell'acido ursodesossicolico (AUDC) e della colchicina.

Messi a confronto questi ultimi due farmaci, l'AUDC si è rivelato si è rivelato maggiormente efficace, oltre che su sintomatologia e dati di laboratorio, nel ridurre la progressione della proliferazione duttulare alla istologia epatica (livello di evidenza 1b). In base quindi alla tendenza, evidenziata dai numerosi studi effettuati, a influire positivamente sul decorso della malattia unita alla scarsa tossicità, si può *raccomandare* l'uso di routine dell'Audc nei pz affetti da C.B.P.

Il dosaggio che si è rivelato maggiormente efficace è di 13-15 mg/kg al giorno (livello di evidenza 1b).

2) *Terapie di associazione*

L'associazione all'AUDC di ulteriori farmaci è stata oggetto di studio di alcuni trial clinici randomizzati:

né metotrexate né colchicina hanno dimostrato un effetto sinergico aggiuntivo sui principali outcome considerati;

- effetti positivi sulla progressione del danno istologico epatico sembrano ottenibili, in un gruppo selezionato di pz privi di controindicazioni relative alla terapia steroidea e non responsivi all'AUDC, aggiungendo a quest'ultimo azatioprina e prednisolone (livello di evidenza 2b);

infine, l'associazione di budesonide sembra responsabile di un miglioramento significativo dell'istologia epatica in assenza degli effetti indesiderati della terapia steroidea.

Commento: la rarità della malattia, i numerosi farmaci sperimentati, la variabilità degli outcome considerati e dei metodi utilizzati per valutarli e la brevità, comparata al decorso della malattia, del follow-up di diversi studi giustifica la relativa scarsità di evidenze disponibili.





Farmaco sperimentato contro placebo	Studi trovati	Studi valutabili	Studi validi	Effetti del farmaco sugli outcome principali	Effetti indesiderati
ACIDO URSO-DESOSSICOLICO	16 trial clinici randomizzati; 3 meta-analisi; 1 studio caso-controllo; 1 review sistematica	6 trial clinici randomizzati; 1 meta-analisi	3 trial clinici randomizzati; 1 meta-analisi	Dati discordanti mostrano complessivamente una tendenza, benché non significativa, a prolungare la sopravvivenza e a ritardare il trapianto	In nessuno degli studi esaminati i pazienti in trattamento hanno dovuto sospendere la terapia per la comparsa di effetti indesiderati, che sono comunque rari e di lieve entità
AZIATOPRINA	2 trial clinici randomizzati	1 trial clinico randomizzato	1 trial clinico randomizzato	L'unico outcome considerato nello studio, la sopravvivenza, non mostra differenze statisticamente significative tra i due gruppi (aziatoprina/placebo)	Nello studio considerato, 20 pazienti sono usciti dallo studio per le seguenti ragioni: rash, nausea e vomito, depressione midollare, trapianto epatico, gravidanza, alopecia, malattia da complessi immuni, cancro del sigma, infarto del miocardio; il numero di pz ritirati non era tuttavia significativamente differente tra i due gruppi
PREDNISOLONE	2 trial clinici randomizzati	Disponibili solo i riassunti	—	Gli autori riportano una differenza non significativa nella mortalità per cause epatiche nonostante l'affermazione di una ridotta progressione del quadro istologico	A 1 anno nel gruppo in trattamento 2 pz hanno sviluppato diabete, 1 ulcera duodenale, 1 depressione e la perdita ossea, valutata mediante assorbimetria fotonica femorale e biopsia ossea, risulta significativamente aumentata; a 3 anni la differenza di mineralizzazione ossea valutata mediante assorbimetria a singolo fotone di radio e femore non è significativa
COLCHICINA	2 trial clinici randomizzati	Disponibili solo i riassunti	—	Gli autori riportano una differenza statisticamente significativa tra la mortalità cumulativa nel gruppo in trattamento e quella nel gruppo di controllo, differenza non riscontrata nei cambiamenti istologici alla biopsia epatica.	L'unico effetto indesiderato osservato è stata la diarrea in 3 pz
CICLOSPORINA A	1 trial clinico randomizzato	Disponibile solo il riassunto	—	L'analisi univariata della sopravvivenza non mostra alcuna differenza significativa; tuttavia all'analisi multivariata di Cox emerge un prolungamento del tempo dall'entrata alla morte o al trapianto nel gruppo in trattamento	Nel 9% dei pz trattati si è verificato un aumento della creatinina plasmatica che ha obbligato alla sospensione del farmaco nella metà dei casi; nell'11% dei pz l'insorgenza di ipertensione ha richiesto una riduzione dei dosaggi.
PENICILLAMINA	1 trial clinico randomizzato	Disponibile solo il riassunto	—	Non valutati sopravvivenza e posticipo del trapianto; nessun pz ha mostrato miglioramento alla biopsia epatica	La frequenza e la severità degli effetti collaterali furono responsabili della precoce conclusione dello studio
CLORAMBUCIL	1 trial clinico randomizzato	Disponibile solo il riassunto	—	Non valutati sopravvivenza e posticipo del trapianto; non evidenza di un cambiamento significativo nel grado di fibrosi o nello stadio istologico di malattia	Tra gli effetti indesiderati della terapia è segnalata la soppressione midollare che ha comportato l'interruzione del trattamento in 4 pz.





Il mondo medico americano celebra con grande enfasi i 150 anni dalla nascita di Osler (*Journal of American Medical Association*, 15 dicembre 1999; 282: 2252-2258). Gli anglosassoni non sono proni all'esagerazione, ma in questa occasione presentano Osler come "la quintessenza del medico moderno" o addirittura "il più grande medico del nostro tempo", e con tali toni emotivi di riconoscenza che - ad 80 anni dalla morte - ci incuriosiscono.

Tralasciamo qui le glorie accademiche (docente in Toronto a 25 anni e alla McGill di Montreal a 29, co-fondatore della innovativa Johns Hopkins School of Medicine in Pennsylvania a 41,

Regius Professor of Medicine ad Oxford a 56, baronetto a 62, etc) e guardiamo al contributo educativo, che viene messo sempre in primo piano. Alla fine dell'800, la Università McGill

Sir William Osler (1849-1919) e la didattica interattiva

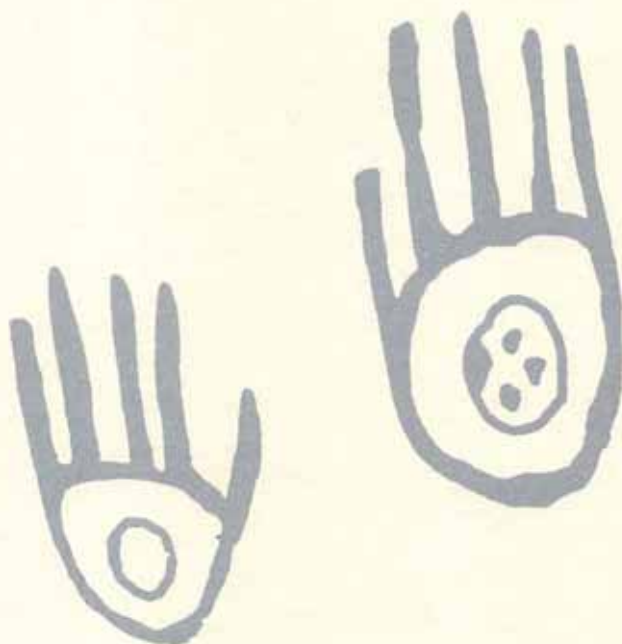
privilegiava l'insegnamento clinico al letto del malato, in contrasto con l'orientamento accademico basato sulle lezioni magistrali di gran parte delle facoltà mediche. Osler adotta l'approccio innovativo, lo sviluppa, e ne fa una bandiera. "Il metodo naturale dell'insegnamento clinico comincia con il malato, conti-

nua con il malato, si conclude con il malato. Libri e lezioni vanno usati come strumenti e mezzi a tal fine"; "studiare una malattia senza libri è come navigare un mare sconosciuto, ma studiare sui libri senza pazienti significa semplicemente restare a terra"; e ancora "La realtà è in corsia. Non perdere le ore del giorno a sentire ciò che puoi leggere la sera. E quando hai visto, corri a leggere".

Non meraviglia apprendere come il suo libro "The Principles and Practice of Medicine" sia stato stampato, tra il 1892 ed il 1950, in 500.000 copie. E' un primato che viene legato alla chiarezza e alla concisione del testo. C'è da invidiare insomma, per questa efficacia didattica, i suoi studenti.

Ad Oxford, Osler sta andando ad una seduta di laurea quando gli parlano di un paziente. Un ragazzino è in gravi condizioni a causa di una pertosse, che da tempo rende impossibile la nutrizione malgrado ogni blandizia di genitori e infermieri. Osler passa subito a veder il ragazzo, lo visita, pela una pesca, la taglia in pezzi, li inzucchera, e li fa pazientemente inghiottire a piccoli bocconi. Osler tornerà poi al bambino e gli somministrerà un qualche nutrimento ogni giorno, per 40(quaranta) giorni, ma sempre vestito con la cappa accademica che aveva permesso il successo iniziale.

Questo ed altri episodi di grande dedizione al malato vengono tramandati nella letteratura medica americana per esemplificare la grande umanità di Osler.





A CURA DI UGO SALVOLINI

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DEL 25/01/2000

Notizie sulle principali decisioni

- Il Presidente ha comunicato che l'inaugurazione dell'anno accademico si terrà intorno al 20 febbraio presumibilmente un mercoledì o giovedì pomeriggio.
- Sono stati assegnati i seguenti contributi per l'acquisto di attrezzature agli Istituti e ai Dipartimenti di afferenza dei richiedenti riportati:

Facoltà di Agraria Lit. 400.000.000

Facoltà di Ingegneria Lit. 1.600.000.000

Facoltà di Scienze mm. ff. nn. Lit. 400.000.000

Facoltà di Medicina e Chirurgia Lit. 320.000.000

(in aggiunta al contributo di Lit. 1.500.000.000 per il Centro di Risonanza Magnetica)

Istituto/Dipartimento	Proponente	Importo
Ist. Emergenze Medico Chirurgiche	Prof. P. Pelaia	L. 80.000.000
Ist. Clinica Medica Generale	Prof. A. Gabrielli	L. 80.000.000
Ist. Clinica Chirurgica Generale	Prof. E. Landi	L. 80.000.000
Ist. Scienze Chirurgiche	Prof. E. Lezzoche	L. 80.000.000

- Sono state autorizzate le seguenti spese ed individuazioni procedure:
 - Prestazione d'opera Dott.ssa Lucilla Nicolini
 - Partecipazione all'iniziativa Obiettivo Lavoro: IV rassegna di orientamento allo studio ed alla professione
 - Affidamento servizio bar presso la Facoltà di Medicina
 - Affidamento mediante trattativa privata dell'appalto per la realizzazione del progetto denominato "Impianto Pilota di Bioreattori"
- Sono stati approvati fra gli altri i seguenti contratti e convenzioni:
 - Convenzione per l'attivazione ed il funzionamento del corso di Dottorato di ricerca in "Ingegneria Elettronica" 14° ciclo,
 - Convenzione per l'attivazione ed il funzionamento del corso di Dottorato di ricerca in "Bioingegneria" 14° ciclo;
 - Donazione strumentazione "Mammotone" dalla Ditta PRIME all'Istituto di Semeiologia, Diagnostica e Terapia Strumentale;
 - Protocollo d'intesa tra Università degli Studi di Ancona e l'Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico Dermopatico dell'Immacolata.
- Il C.d.A ha deliberato, riformando un precedente indirizzo, che solo la partecipazione di personale tecnico amministra-

tivo ad attività per conto terzi presso strutture diverse da quelle di appartenenza è soggetto a preventiva autorizzazione. Per i professori e ricercatori è necessaria la sola comunicazione da parte delle strutture che utilizzano il personale docente.

- Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:
 - Parere favorevole alla modifica di Statuto resasi necessaria dalla Legge 370/99 che istituisce commissioni didattiche paritetiche.
 - Approvazione della relazione e programmazione interventi a favore di studenti disabili (L. 28/01/99 n. 17)
 - Approvazione piano annuale attività C.R.U.A.
 - Assegnazione posti personale tecnico amministrativo
 - Accettazione contributo di L. 15.000.000 Istituto Superiore della Sanità
 - Determinazione contributo forfettario di L. 25.000 per spese postali per invio a domicilio documentazione delle valutazioni comparative o selezioni pubbliche
- Il C.d.A. ha deciso sperimentalmente di ammettere anche i fondi di dotazione delle singole strutture, quando possibile farlo, al finanziamento per borse di dottorato, assegni di ricerca e contratti per ricercatori a tempo determinato.





SENATO ACCADEMICO DEL 21/1/2000

D.M. 21/06/1999: Programmazione del sistema universitario 1998/2000

Si tratta del piano triennale in scadenza. Il MURST ha attribuito risorse che solo in minima parte potranno essere consolidate, diventare, cioè parte definitiva del bilancio annuale dell'Ateneo. Queste attribuzioni riguardano specifici progetti già presentati. Le voci sono le seguenti:

203.000.000 da dedicare ai progetti per giovani ricercatori
100.000.000 per l'informatizzazione delle attività statistiche e le procedure elettorali

275.000.000 per sistemi tecnologici, informatici e di telecomunicazioni

145.000.000 per operazioni generali di tutoraggio e promozione

1.050.000.000 per adeguamento delle strutture destinate agli studenti.

Appunti dal Senato Accademico

Nell'ambito di quest'ultima voce il fondo verrà ripartito in base ai primitivi progetti, assegnando perciò 900.000.000 alla Facoltà di Agraria da investire per la costruzione di varie aule didattiche e 150.000.000 alla

Facoltà di Medicina per attrezzare un'aula microscopi. Questi finanziamenti prevedono un cofinanziamento locale del 20% che dovrà aggiungersi alla cifra stanziata dal MURST.

Assegnazione fondi attrezzature

Le richieste per acquisto di medie attrezzature (costo compreso tra 80 e 120 milioni) sono state considerate dalle varie Facoltà in base alle priorità indicate da Istituti e Dipartimenti e in base a criteri di rotazione tra i docenti e le strutture richiedenti. Le richieste finanziate, alcune prevedono cofinanziamento da parte dei richiedenti, sono quelle presentate dai seguenti docenti (si indica il nome del proponente):

Facoltà di Agraria: Branzanti, Perucci, Riva, Frega.

Facoltà di Ingegneria: Stazi, Santagata, Dezi, Evangelista, Berti, Salandin, Pasqualini, Moriconi, Cesini, Bartolini, Polonara, Grassi, Pugnali, Leo, Rozzi, Garello.

Facoltà di Medicina e Chirurgia: Pelaia, Gabrielli, Landi, Lezoche.

Facoltà di Scienze: Scarponi, Carnevali, Mariani, Greci.

Commissioni paritetiche per la didattica (Art. 6 comma 5 Legge 370/99)

Le Commissioni paritetiche previste dalla citata legge saran-

no composte da 3 docenti e 3 studenti nelle facoltà fino a 2 corsi di laurea o fino a 1500 studenti e da 5 docenti e 5 studenti nelle facoltà con più di 2 corsi di laurea o più di 1500 studenti.

Nuovo regolamento incentivi per la didattica (Art. 4 Legge 370/99)

I compensi incentivanti previsti dalla legge 370/99 saranno erogati secondo un regolamento il cui testo integrale è disponibile nel sito dell'Ateneo. Il relativo finanziamento sarà presto disponibile dal MURST. Brevemente, i progetti di incentivazione il cui fine dovrà essere l'innovazione metodologica e tecnologica e le attività formative propedeutiche, integrate e di recupero, potranno essere proposti da singoli o gruppi di docenti e non dovranno configurarsi come attività didattica aggiuntiva (extracurricolare). I compensi incentivanti sono riservati, teoricamente, sia a professori che ricercatori. I candidati devono riunire i seguenti requisiti: non svolgere attività didattica comunque retribuita presso altre Università o istituzioni pubbliche o private, dedicare almeno 120 ore annue a lezioni, esercitazioni e seminari (escludendo le supplenze retribuite). Questo, di fatto, limita l'accesso a tali incentivi ai soli Professori di I e II fascia.

Registri lezioni

Circa il 50% dei docenti che non avevano ottemperato all'obbligo di consegnare i registri delle lezioni ha provveduto. Il termine previsto è scaduto il 14 dicembre u.s. Poiché si prefigurano gravi responsabilità amministrative, il S.A. invita tutti i docenti a compilare ed inviare detti registri. L'accesso ai fondi di Ateneo ed ai fondi di cofinanziamento sarà precluso agli inadempienti.





Il 27 marzo si terrà nell'Aula di Ateneo un interessante corso di Introduzione all'Urologia, metodica diagnostica utilizzata dagli Urologi, che prevede nel programma scientifico tre

Corso di introduzione all'Urologia

Letture, di cui due tenute da importanti ricercatori europei, e la discussione di alcuni Casi clinici che verranno presentati da Cultori della materia. Si parlerà ad es. della vescica neurologica, della vescica iperattiva, dell'ostruzione cervico-uretrale e dell'incontinenza urinaria.

È un Corso rivolto prevalentemente ai giovani, e non solo, che iniziano a dedicarsi a questa disciplina.

Chairman del Corso è il Prof. Giovanni Muzzonigro.

Si terrà ad Ancona dal 28 Marzo al 2 Aprile 2000, un Meeting Internazionale di Urologia che vedrà la partecipazione di numerosi scienziati italiani e stranieri che provengono da

Meeting Internazionale di Urologia

tutta Italia e dalla Europa ed anche dagli Stati Uniti d'America.

In ogni giorno di Congresso verranno trattati in maniera aggiornata ed approfondita gli argomenti più

importanti dell'Urologia moderna, vale a dire l'Andrologia, l'Incontinenza urinaria, le Neoplasie della prostata e della vescica.

Nella giornata dedicata all'Andrologia, gli argomenti in discussione sono le disfunzioni erettili, il ruolo oggi svolto dal Viagra nel trattamento medico di esse e dell'infertilità maschile e di coppia con particolare approfondimento delle tecniche oggi maggiormente utilizzate per recuperare o migliorare la fertilità.

Per l'Incontinenza urinaria, problema di notevole impatto sociale, si affronteranno le problematiche legate all'incontinenza insorta per cause neurologiche, cause congenite o a seguito di iperattività del muscolo della vescica.

Sarà altresì oggetto di aggiornamento l'incontinenza urinaria femminile, così detta da stress.

Nelle due giornate dedicate alle neoplasie, i Relatori italiani e stranieri porteranno le loro esperienze più recenti di Biologia Molecolare, sul perché prendono origine le neoplasie, su come esse si accrescono nell'organismo e con quali tecniche chirurgiche esse possono essere eradicare.

Il giorno 30 Marzo si parlerà delle Tecniche e delle Tecnologie più innovative che potranno nel più immediato futuro rinnovare le procedure diagnostiche e terapeutiche utilizzate nei nostri giorni.

Ogni Relatore porterà la sua propria esperienza nel settore per il quale è considerato un esperto e per il quale è stato invitato.

Chairman del Meeting è il Prof. Giovanni Muzzonigro, Professore di Urologia dell'Università degli Studi di Ancona.

Presidente Onorario è il Prof. Mario Polito, Professore Ordinario e Direttore della Scuola di Specializzazione in Urologia dell'Università degli Studi di Ancona.





*Nell'ambito del Corso Monografico
La Medicina basata sulle Evidenze:*

Venerdì 3 marzo 2000
ore 10,30
Facoltà di Medicina - Aula B

**La valutazione critica
delle evidenze: la Cochrane
collaboration**

Dott. Giorgio Giuliani

*Dirigente di II livello
Unità Operativa di Neurologia
Ospedale di Macerata*

Dott.ssa Cristiana Taus

*Dottorato di Ricerca in Neurologia
Unità Operativa di Neurologia
Ospedale di Macerata*

Venerdì 10 marzo 2000
ore 10,30
Facoltà di Medicina - Aula B

**Alcol e malattie coronariche:
oltre l'evidence based medicine**

Prof. Giovanni Corrao

*Professore Associato di Statistica Medica
Università degli Studi di Milano*

*La Società Italiana di Urodinamica (Chairman Prof.
G. Muzzonigro) organizza il Convegno Internazionale*

27 marzo 2000

Aula di Ateneo - Università di Ancona
Polo Didattico Monte D'Ago

**Course of Introduction
to Clinical Urodynamics
Year 2000**

*Segreteria Organizzativa:
Associazione Dorica per il Progresso Urologico
e Urodinamico
Clinica Urologica dell'Università di Ancona
Azienda Ospedaliera "Umberto I"
Largo Cappelli, 1 - 60121 Ancona
Tel. 071202642 - Fax 071 2070501
E-mail: clinuro@popcsi.unian.it
<http://www.csi.unian.it/urology/urodynamics.html>*

*L'Università degli Studi di Ancona e l'Azienda Ospedaliera
Umberto I di Ancona organizzano il Convegno*

28 marzo - 2 Aprile 2000

Aula di Ateneo - Università di Ancona
Polo Didattico Monte D'Ago

**International Meeting on Urology
in Ancona-Italy
Year 2000**

*Segreteria Organizzativa:
Associazione Dorica per il Progresso Urologico
e Urodinamico
Clinica Urologica dell'Università di Ancona
Azienda Ospedaliera "Umberto I"
Largo Cappelli, 1 - 60121 Ancona
Tel. 071202642 - Fax 071 2070501
E-mail: clinuro@popcsi.unian.it
<http://www.csi.unian.it/urology/meeting2000.html>*





MARZO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
1-mar	15.00/16.30	Polo Didattico Torrette Aula N	Diabete mellito tipo I: lezione dal DCCT	Dott.ssa L. Riccialdelli, Dott.ssa E. Falola	DS: I, L, P, T, U, CC DD, GG
1-mar	9.00	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: I, L, P, T, U CC, DD, GG
1-mar	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette	La valutazione clinica del sistema neurovegetativo	Dott. Lagalla	DS: O, P, S, FF, DD
2-mar	8.30/10.30	Neuroradiologia - Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
2-mar	12.00/14.00	Polo Didattico - Torrette	Approccio clinico alla lombalgia	Prof. Provinciali	DS: O, P, S, FF, DD
6-mar	14.00	Biblioteca Clinica di Endocrinologia	Journal Club	Prof. F. Mantero	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
6-mar	15.00/17.00	Biblioteca di Neuroradiologia	Neuroradiologia	Prof. U. Salvolini et all.	DS: P, O, U, Q
6-mar	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette	Le fasi dell'assistenza a fini riabilitativi nel traumatizzato cranico	Dott. Bartolini	DS: O, P, S, FF, DD
7-mar	15.00/17.00	Biblioteca di Neuroradiologia	Clinica e imaging diagnostico nella patologia d'organo e apparati: apparato respiratorio-I	Dott.ssa E. Bichi Secchi	DS: B, C, D, F, G, H, I, M, N, P, R, S, V, AA, CC, DD
7-mar	16.30	INRCA	Il ruolo della radiologia nelle urgenze addominali	Prof. Saba, Dott. Amoroso, Dott. Amodio	DS: B, D
8-mar	15.00/16.30	Polo Didattico Torrette - Aula N	Tiroiditi post-partum	Dott. A. Camilletti, Dott. A. Tacaliti	DS: I, L, P, T, U, CC DD, GG
8-mar	15.30	Polo Didattico Torrette	Neoplasia del rene	Prof. G. Fabris, R. Montironi, E. De Nigris, G. Muzzonigro, D. Minardi, M. Polito, Burattini	DS: A, D, R, V, EE
8-mar	9.00	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
8-mar	15.00	Aula Ist. Discipl. Psych. Ospedale Umberto I	Storia e principi dell'intervento di comunità	Prof. G. Borsetti, Dr. A. Bruni, R. Coltrinari	DS: L, O, P, U, GG
8-mar	12.00/14.00	Polo Didattico Torrette	Gli approcci riabilitativi nelle paralisi cerebrali infantili	Prof. Provinciali	DS: O, P, S, FF, DD
9-mar	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette	Denunce alle varie autorità	Dott. M. Cingolani	DS: tutte
9-mar	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
10-mar	14.00/15.00	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
10-mar	14.30/15.30	Biblioteca di Neuroradiologia	Clinica e imaging diagnostico nella patologia d'organo e apparati: apparato respiratorio-I	Dott.ssa E. Bichi Secchi	DS: B, C, D, F, G, H, I, M, N, P, R, S, V, AA, CC, DD
10-mar	15.00/17.00	Biblioteca di Neuroradiologia	Clinica e imaging diagnostico nella patologia d'organo e apparati: apparato respiratorio-II	Dott.ssa E. Bichi Secchi	DS: B, C, D, F, G, H, I, M, N, P, R, S, V, AA, CC, DD
13-mar	14.00	Biblioteca Clinica di Endocrinologia	Journal Club	Prof. F. Mantero	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
13-mar	15.00/17.00	Biblioteca di Neuroradiologia	Neuroradiologia	Prof. U. Salvolini et all.	DS: P, O, U, Q
14-mar	14.00/16.00	Biblioteca di Neuroradiologia	Imaging integrato nella patologia dell'apparato genitale femminile	Dott.ssa P. Ercolani	DS: I
14-mar	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette	Delitti perseguibili d'ufficio	Dott.ssa L. Buscemi	DS: tutte
14-mar	15.00/17.00	Biblioteca di Neuroradiologia	Clinica e imaging diagnostico nella patologia d'organo e apparati: apparato respiratorio-I	Dott.ssa E. Bichi Secchi	DS: B, C, D, F, G, H, I, M, N, P, R, S, V, AA, CC, DD





AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

MARZO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
14-mar	16.30	INRCA	Emopatogenesi dell'aterosclerosi	Prof. V. Saba, Dott. Giunta	DS: B, D
15-mar	15.00	Ist. Discipl. Psichiat. Ospedale Umberto I	Il modello Tavistock e l'infant observation	Dott. G. Ponzella, Prof. G. Borsetti	DS: P, T, V
15-mar	15.00/16.30	Polo Didattico Torrette - Aula N	Complicanze acute del diabete mellito Dott.ssa E. Faloià	Dott. G. Balercia,	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
15-mar	9.00	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. Mantero	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
15-mar	12.00/14.00	Polo Didattico Torrette	Il ruolo della riabilitazione nelle neuropatie da intrappolamento	Prof. L. Provinciali	DS: O, P, S, FF, DD
15-mar	15.30	Polo Didattico Torrette	Angiogenesi in oncologia urologica	Proff. M. Polito, Dott. Pompei, Prof. Santoni, Dott. Minardi	DS: A, D, E, L, N, O, P, R, U, V, AA, CC, DD, EE, II, LL
16-mar	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette	Disciplina degli stupefacenti	Dott. M. Cingolani	DS: A, AA, L, O, O, DD, LL, LL, P, R, S, T, U, FF
16-mar	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
17-mar	14.30/15.30	Biblioteca di Neuroradiologia	Clinica e imaging diagnostico nella patologia d'organo e apparati: apparato respiratorio-I	Dott.ssa E. Bichi Secchi	DS: B, C, D, F, G, H, I, M, N, P, R, S, V, AA, CC, DD
17-mar	15.30/17.00	Biblioteca di Neuroradiologia	Clinica e imaging diagnostico nella patologia d'organo e apparati: apparato respiratorio-II	Dott.ssa E. Bichi Secchi	DS: B, C, D, F, G, H, I, M, N, P, R, S, V, AA, CC, DD
17-mar	17.00	Polo Didattico Torrette	I mezzi di contrasto in ecotomografia: attualità e prospettive	Prof. R. Campani (Univ. Pavia)	CdL Medicina
20-mar	14.00	Biblioteca Clinica di Endocrinologia	Journal Club	Prof. F. Mantero	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
20-mar	15.00/17.00	Biblioteca di Neuroradiologia	Neuroradiologia	Prof. U. Salvolini et al.	DS: P, O, U, Q
21-mar	15.00/17.00	Biblioteca di Neuroradiologia	Clinica e imaging diagnostico nella patologia d'organo e apparati: apparato respiratorio-III	Dott.ssa E. Bichi Secchi	DS: B, C, D, F, G, H, I, M, N, P, R, S, V, AA, CC, DD
21-mar	16.30	INRCA	Omocisteina ed aterosclerosi	Prof. V. Saba, Dott. Giunta	DS: B, D
22-mar	15.00	Aula Ist. Discipl. Pshich Ospedale Umberto I	La terapia di Frankl nell'approccio al malato HIV	Prof. M. Ceppi, E. Coltrinari Prof. G. Borsetti	DS: M, O, P, U
22-mar	15.00/16.30	Polo Didattico Torrette Aula N	Feocromocitoma sporadico	Prof. F. Mantero, Dott. M. Mannelli (Univ. Firenze)	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
22-mar	9.00	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
22-mar	13.00/14.30	Polo Didattico Torrette- A3	Clinical Round di citopatologia e gastroenterologia	Proff. A.M. Jezequel, A. Benedetti	DS: H; DD; R; D
23-mar	14.00/16.00	Biblioteca di Neuroradiologia	Imaging integrato nella patologia dell'apparato genitale femminile	Dott.ssa P. Ercolani	DS: I
23-mar	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
24-mar	15.00/17.00	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	DS: O, S, FF
27-mar	14.00	Biblioteca Clinica di Endocrinologia	Journal Club	Prof. F. Mantero	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
27-mar	15.00/17.00	Biblioteca di Neuroradiologia	Neuroradiologia	Prof. U. Salvolini et al.	DS: P, O, U, Q





MARZO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
27-mar	9.00/17.00	Aula di Ateneo- Facoltà di Ingegneria	Corso di Urodinamica in urologia	Prof. G. Muzzonigro et al.	DS: B, D, E, I, N, O, P, R, S, T, U, V, AA, CC, DD, EE, II, LL, MM
27-mar	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette	Le complicanze neurologiche delle connettivopatie	Dott. Bartolini	DS: O, P, S, FF, DD
28-mar	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette	AIDS	Dott.ssa L. Buscemi	DS: tutte
28-mar	16.30	INRCA	Linfonodo sentinella: stato dell'arte	Prof. V. Saba, Dott. Gaggiotti	DS: B, D
28-mar	9.00/17.00	Aula di Ateneo	Incontinenza urinaria	Proff. M. Polito, G. Muzzonigro	DS: B, D, E, I, N, O, P, R, S, T, U, V, AA, CC, DD, EE, II, LL, MM
29-mar	14.00/15.00	Aula didattica Reumatologia- Ospedale Jesi	La diagnosi differenziale	Prof. C. Cervini, Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
29-mar	15.00/16.30	Polo Didattico Torrette Aula N	Terapia antiipertensiva e nefropatia	Prof. P. Dessi	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
29-mar	8.00/17.00	Aula di Ateneo	Andrologia: disfunzione erettile, fertilità	Proff. M. Polito, G. Muzzonigro	DS: A, B, C, D, E, G, I, L, M, N, O, P, R, S, T, U, V, AA, BB, CC, DD, EE, II, LL, MM
29-mar	9.00	Clinica di Endocrinologia	Discussione casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
29-mar	14.00/16.00	Polo Didattico Torrette	La semeiotica clinica e strumentale delle lesioni periferiche	Dott. ssa Danni	DS: O, P, S, FF, DD





AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

MARZO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
29-mar	17.00	Aula Ist. Discipl. Pshich. Ospedale Umberto I	Corporeità e formazione del sé in psicoanalisi	Dott. M. Facchini Prof. G. Borsetti	DS: O, P, U, T, GG
29-mar	15.00	Aula Ist. Discipl. Pshich. Ospedale Umberto I	Dalla psichiatria alla psicoanalisi	Dott. R. Coltrinari Prof. G. Borsetti	DS: O, P, U, GG
30-mar	15.00/16.30	Polo Didattico Torrette	Epidemiologia del diabete mellito tipo 2	Prof. F. Mantero, Prof. E. Bonora (Univ. Verona)	DS: I, L, P, T, U, CC, DD, GG
30-mar	14.00/16.00	Biblioteca di Neuroradiologia	Imaging integrato nella patologia dell'apparato genitale femminile	Dott.ssa P. Ercolani	DS: I
30-mar	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette	Legislazione sulla morte e trapianti di organi	Prof. A. Tagliabracchi	DS: A; AA, I, L, LL
30-mar	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
30-mar	9.00/17.00	Aula di Ateneo Facoltà di Ingegneria	Tecniche e tecnologie innovative in urologia	Proff. M. Polito, G. Muzzonigro	DS: A, B, D, E, I, N, O, P, R, S, T, V, AA, BB, CC, DD, EE, II, LL
31-mar	9.00/17.00	Aula di Ateneo Facoltà di Ingegneria	Cancro della prostata-Biologia e terapia	Proff. M. Polito, G. Muzzonigro	DS: A, D, E, L, N, O, P, R, U, V, AA, CC, DD, EE, II, LL
1-apr	9.00/17.00	Aula di Ateneo Facoltà di Ingegneria	Cancro della vescica-Biologia e terapia	Proff. M. Polito, G. Muzzonigro	DS: A, B, C, D, E, I, L, N, O, P, R, U, V, AA, DD, EE, II, LL

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 FACOLTÀ
Bollettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università di Ancona
Anno III - n. 2, Febbraio 2000
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