



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

Troverete in queste pagine un breve rendiconto del Seminario di Portonovo dedicato alla Programmazione 1999-2000; al di là del successo che la manifestazione ha ottenuto, mi sembra siano stati essenzialmente raggiunti tre obiettivi: la definizione, con largo anticipo, di tutti i programmi didattici dei Corsi di Laurea e dei Corsi di Diploma, il che consente una tempestiva preparazione delle Guide didattiche e la loro distribuzione agli Studenti già al momento dell'iscrizione; lo spirito di collaborazione che si è stabilito tra tutti i componenti della Facoltà; il dialogo che si è aperto tra Docenti e Discenti e che è sfociato in chiusura, nel corso di una lunga conversazione dei Discenti con il Rettore, in una collegiale identificazione dei problemi esistenti e da affrontare.

Sono segnali di una visione nuova della Facoltà, che finalmente non è composta da un corpo docente e da un corpo discente, ma da un corpo unico che condivide obiettivi ed ambizioni.

Intanto abbiamo chiuso l'attività didattica formale. Siamo in una fase di "silenzio didattico", che consente agli Studenti un periodo di serena preparazione prima delle necessarie verifiche, silenzio che tuttavia sarà eccezionalmente interrotto sabato mattina 26 giugno dal Seminario di Storia della Medicina che, simbolicamente, chiude l'attività didattica del corrente anno accademico. Il Seminario è il punto d'arrivo di una serie di Forum interprofessionali che in questi mesi abbiamo riservato alla Storia della Medicina marchigiana, nel corso dei quali sono affiorati gli splendori dello Studio Firmano, della Facoltà di Medicina di Camerino, dell'arte medica in Ancona ed in altre aree della regione; è apparsa una miniera largamente inesplorata di "Storie parallele", separate per singole vallate e città, ed è emerso anche il preciso intento di evitare il lento scivolamento nell'oblio di questo inestimabile patrimonio culturale marchigiano e l'impegno della nostra Facoltà in questo nuovo ruolo di servizio, di presentarsi quale sede di conservazione e di dibattito della Storia della Medicina nella nostra regione, coerentemente al motto che è stato un po' il motivo guida dei nostri incontri: se non hai memoria non hai avvenire.

Il Seminario di sabato 26, ore 9.30, godrà della presenza di Luciana Angeletti, che terrà una lettura magistrale sulla *Rivoluzione scientifica del XVII secolo*, e sarà caratterizzata da una Tavola rotonda cui parteciperanno gli Esperti locali della tradizione storica marchigiana, una *task force* che persegue il fine di far uscire dalla statica visione giornaliera il profilo delle arti sanitarie e del pensiero medico per proiettarlo in una visione universale con grande vantaggio per la formazione professionale.

Prof. Tullio Manzoni
Preside della Facoltà

LETTERA DEL PRESIDE	1
LE NUOVE FRONTIERE DELLA MEDICINA	2
LA RICERCA CLINICA	4
LA MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE	6
SEMINARIO DI PRIMAVERA: PROGRAMMAZIONE DIDATTICA 1999-2000	9
OSSERVATORIO	21
LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	27
SPAZIO STUDENTI	28
CONGRESSI, CORSI, CONFERENZE	29
AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO	32

Guinan *et al* hanno recentemente riportato che è possibile usare un insieme di recettori ricombinanti e tecniche *ex vivo* ed *in vivo* per favorire l'attecchimento di trapianti di midollo osseo senza usare farmaci immunosoppressori. Il *trial* clinico, coordinato dal *Dana Farber Cancer Institute* di Boston, MA, è legato a trapianti di midollo osseo in pazienti affetti da forme leucemiche e per i quali non è disponibile un donatore compatibile. È noto che l'impiego di donatori di questo genere è seguito – nella maggior parte dei casi – da *graft-versus-host disease* (GVHD) come risultato di una azione innescata dai linfociti T del donatore nei confronti del ricevente, spesso un evento fatale.

L'originalità del tentativo del gruppo Guinan è stata quella di rendere anergici i linfociti T del donatore e quindi incapaci di avviare tale reazione. Tale termine indica che il linfocita non è più in grado di riconoscere e quindi di reagire nei confronti degli antigeni di istocompatibilità (HLA) del ricevente. Il problema è appunto

Linfociti addomesticati e recettori come farmaci

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

innescare tale anergia, un obiettivo finora ottenuto usando farmaci immunosoppressori, i quali non sono privi di gravi effetti collaterali.

Per comprendere la strategia adottata dal gruppo bostoniano è necessario ripercorrere alcune delle tappe

del sistema di riconoscimento cellula/cellula e le implicazioni funzionali derivate dal legame tra recettori uguali per natura (legami omotipici) o con i più convenzionali legami eterotipici.

La biologia cellulare e la immunologia degli ultimi anni hanno dato numerose risposte a interrogativi importanti, quali i) le modalità e gli strumenti con cui cellule di individui diversi riconoscono la loro estraneità (il modello tipico è costituito da trapianti tra individui non-identici), e ii) come tale riconoscimento viene trasformato in un segnale di avvio di reazioni estremamente complesse, quali il rigetto e la GVHD.

La prima domanda ha trovato risposta nei dati e informazioni che hanno permesso di delineare un modello basato su cellule specializzate nella processazione dell'antigene, le quali cooperano con linfociti T in una interazione mediata dal complesso HLA/antigene da un lato e TCR/CD3 dall'altro. Tali interazioni multiple avvengono in aree definite della membrana, fisicamente identificate con il termine di *rafts* (zattere), in quanto costituite da un complesso sfingofosfolipidico specia-

lizzato nella amplificazione dei deboli segnali del riconoscimento.

Accanto a questo e formando una sorta di palizzata attorno alle aree della sinapsi immunologica, stanno molecole di adesione, le quali hanno il verosimile ruolo di rendere stabile l'interazione cellula/cellula.

Tuttavia, questa pur già complessa interazione è di per sé insufficiente a dare avvio per un valido riconoscimento e per un successivo segnale. A questo proposito i biologi dei linfociti hanno ricordato una proposta sollevata oltre venti anni fa che postulava l'esistenza e la necessità di un doppio segnale, un modello allora audace e provocatorio, ma che fu ampiamente confermato in seguito. Questo portò alla ricerca di molecole che avessero la funzione di "co-recettori" o recettori accessori, un fruttuoso campo di indagine che ha portato ad attribuire a CD28 il ruolo di molecola chiave per migliorare la efficienza di tale tipo di segnali. E come per altri recettori di superficie, è stato osservato che anche CD28 ha un suo contro-recettore o ligando, successivamente identificato e clonato come B7 (CD80 e CD86). Accanto a questi opera CTLA-4, una molecola che viene espressa tardivamente da cellule T attivate e che funziona da inibitore competitivo di CD28: il risultato funzionale che si ottiene è quello di un blocco della generazione di segnali co-stimolatori.

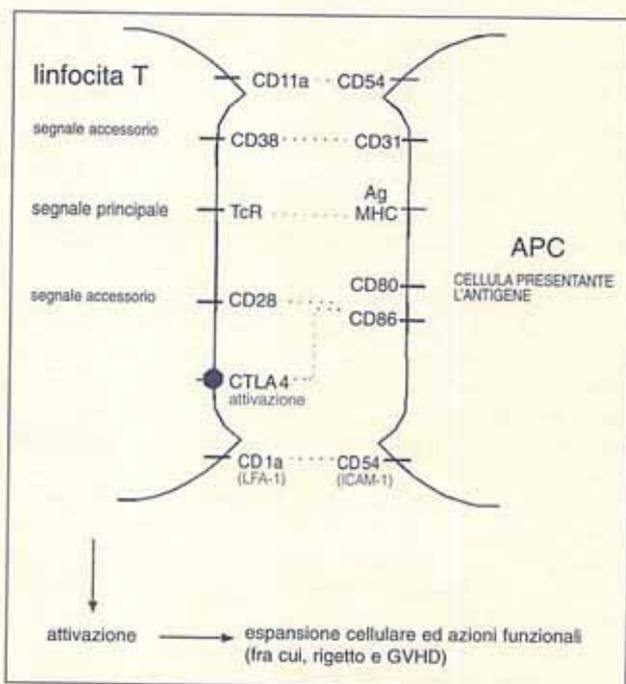


Fig. 1 - Sinapsi immunologica



Il punto di partenza del gruppo bostoniano è stata la costruzione di una molecola chimerica che comprende la porzione extracellulare di CTLA-4 montato su telaio immunoglobulinico, quindi un recettore solubile in grado di intrufolarsi nelle complesse interazioni tra le cellule. Risultati preliminari ottenuti *in vitro* indicavano che la molecola CTLA-4 nella forma solubile era in grado di indurre anergia nelle cellule esposte al farmaco ricombinante, e che questi risultati erano duraturi nel tempo.

Il gruppo bostoniano ha trasferito queste osservazioni in un *trial* clinico, in cui si parte da una manipolazione *ex vivo* basata sulla esposizione di cellule del donatore a linfociti irradiati del ricevente, il tutto in presenza della molecola CTLA-4 ricombinante solubile. Questo trattamento porta ad una anergia selettiva per gli antigeni HLA del ricevente, una proprietà estremamente importante in clinica in quanto una cellula così trattata non è più in grado di dare origine alla GVHD. Una osservazione importante emersa da tale studio è che l'anergia è apparentemente mantenuta per molto tempo e senza perdita di specificità. Questo ha consentito di ottenere risultati sperimentali (superiori a quelli finora osservati con farmaci immunomodulatori) ed estremamente soddisfacenti in termini di mancate GVHD e di lunghe sopravvivenze dei pazienti, alcuni assai potenti ma con altrettanti gravi effetti collaterali. Secondo importante punto dello studio è che il disegno tera-

peutico prescinde dalla dipendenza da donatori istocompatibili e quindi migliora di gran lunga le possibilità terapeutiche. Con tutti i limiti del caso (studio iniziale, casistica ristretta e alti costi), lo studio del gruppo coordinato dalla Guinan propone all'attenzione della comunità scientifica un approccio di biologia cellulare e molecolare trasferito in medicina applicata, il quale sfrutta esclusivamente il repertorio normale di funzioni linfocitarie, senza l'ausilio di sostanze farmacologiche esogene.

Bibliografia

- 1) E.C. Guinan, V.A. Boussiotis, D. Neuberger, L. La Vita Brennan, N. Hirano, L.M. Nadler and J.G. Gribben, *Transplantation of anergic histoincompatible bone marrow allografts*, *New Engl J Med*, 340: 1704-1714, 1999.
- 2) M.L. Dustin and A.S. Shaw, *Costimulation: building an immunological synapse*, *Science*, 29: 649-650, 1999.
- 3) A. Viola, S. Schroeder, Y. Sakakibara and A. Lanzavecchia, *T lymphocyte costimulation mediated by reorganization of membrane microdomains*, *Science*, 29: 680-682, 1999.
- 4) E. Ferrero and F. Malavasi, *The metamorphosis of CD38: from soluble enzyme to leukocyte receptor*, *J Leukoc Biol*, 65: 151-161, 1999.





La scleroderma (SSc) è una malattia del tessuto connettivo caratterizzata da fibrosi della cute e di organi quali polmone, esofago, cuore. L'interesse per questa patologia non particolarmente frequente nasce dal fatto che la sua comprensione potrebbe concorrere ad una migliore conoscenza di altre malattie clinicamente più rilevanti e contraddistinte da fibrosi quali l'aterosclerosi, la cirrosi epatica, la fibrosi polmonare, nonché di patologie cutanee quali i cheloidi e le cicatrici ipertrofiche.

La patogenesi della scleroderma è tuttora un enigma. Si ritiene che qualsiasi ipotesi debba spiegare i suoi tre aspetti fondamentali: le alterazioni del microcircolo, la deposizione di matrice extracellulare e collagene in particolare, le anomalie immunologiche. Qualche anno fa, rivoluzionando quello che era stato l'approccio metodologico fino ad allora seguito, Murrel⁽¹⁾ suggeriva che tutte le principali manifestazioni patologiche, sierologiche e cliniche della SSc potevano essere spiegate sulla base di una eccessiva produzione di radicali

liberi dell'ossigeno o comunque di una loro impropria neutralizzazione. A sostegno di questa ipotesi veniva ricordato che patologie caratterizzate da un abnorme stress ossidativo potevano complicarsi con lesioni cutanee o viscerali

Patogenesi della scleroderma, la fine del tunnel?

ARMANDO GABRIELLI

Istituto di Clinica Medica Generale,
Ematologia e Immunologia Clinica

simili a quelle sclerodermiche.

Da allora diversi gruppi europei hanno raccolto evidenze, peraltro indirette, di eccessivo stress ossidativo in corso di SSc, documentando la presenza dei danni che si realizzano quando vi è un esagerato rilascio di radicali liberi dell'ossigeno (ROI). Il nostro gruppo ha contribuito a questa ipotesi con una prova più diretta, dimostrando cioè che le cellule che concorrono alla produzione di ROI sono i monociti del sangue periferico⁽²⁾. Non è stato un lavoro agevole ed è stato possibile solo grazie alla collaborazione dei pazienti che hanno evitato, nelle sei settimane precedenti il test, farmaci che potessero influenzare la funzione monocitaria ed hanno acconsentito ad una donazione di sangue che permettesse di ottenere, mediante arricchimento su opportuno gradiente di densità e con una tecnica molto indaginosa, un numero adeguato di monociti. Interessante il fatto che i livelli più alti di anione superossido si sono rinvenuti nei pazienti con scleroderma diffusa e di recente insorgenza come se effettivamente, quanto meno in questo gruppo di

pazienti, la loro produzione fosse implicata nella genesi delle lesioni.

Il ruolo dei ROI nella patogenesi della SSc è stato da noi approfondito più recentemente ed i dati possono essere così sintetizzati:

- non solo i monociti circolanti ma anche i fibroblasti cutanei dei pazienti con scleroderma producono ROI (O₂⁻ ed H₂O₂);
- alcune funzioni vitali dei fibroblasti sclerodermici, quali la proliferazione e la produzione di collagene, si accompagnano ad aumentato rilascio di ROI;
- l'aggiunta in vitro di antiossidanti specifici è in grado di inibire non solo la produzione di ROI, ma anche la proliferazione e la produzione di collagene;
- I radicali liberi a loro volta sostengono la proliferazione cellulare e la produzione di collagene tramite oncogeni della famiglia myb^(3,4).

Questi dati suggeriscono che l'attivazione dei fibroblasti cutanei in corso di SSc è sostenuta da un'esagerata produzione di radicali liberi dell'ossigeno.

Che cosa genera i ROI? Nei fagociti, in cui i radicali liberi dell'ossigeno costituiscono un importante mezzo di difesa, il sistema enzimatico implicato è quello della NADPH ossidasi. Nelle cellule non fagocitiche come i fibroblasti le informazioni sono più scarse. Impiegando inibitori specifici siamo riusciti però a dimostrare *in vitro* che effettivamente l'NADPH ossidasi è implicata nella generazione di O₂⁻ e H₂O₂ nei fibroblasti sclerodermici e che, a sua volta, l'attivazione della NADPH è mantenuta da quella dell'H-ras.

Tra gli agenti che potrebbero stimolare queste cellule a proliferare e produrre collagene via H-ras e NADPH vi sono i ROI stessi. L'aggiunta a fibroblasti cutanei di H₂O₂ è infatti in grado di stimolare la produzione di ROI.

Come si integrano questi dati con quelli relativi ai monociti? Si può ipotizzare che i monociti, attivati in maniera impropria, rilascino quantità abnormi di O₂⁻ e H₂O₂ che ledono l'endotelio, facilitano il danno microcircolatorio tipico della scleroderma ed inducono i fibroblasti non solo a proliferare e a produrre collagene ma anche a produrre, essi stessi, ROI tramite l'H-ras e la NADPH ossidasi. I fibroblasti sclerodermici finiscono così per acquisire un meccanismo autocrino che ne mantiene lo stato di attivazione.

La fibrosi ovvero l'eccessiva produzione di collagene in corso di scleroderma può pertanto essere vista come la conseguenza di una attivazione dei fibroblasti da parte di radicali liberi dell'ossigeno che si automantiene in circolo vizioso.

Queste informazioni hanno costituito il razionale per un protocollo terapeutico della malattia sclerodermica basato sull'impiego di alte dosi di antiossidanti. Lo studio aperto, non



randomizzato, è stato completato da poche settimane ed ha dato risultati superiori alle aspettative, tanto da sollecitare per i prossimi mesi uno studio in doppio cieco, randomizzato, *cross-over*.

La sclerodermia, fra le malattie del tessuto connettivo, è quella più frustrante dal punto di vista della terapia. Non si dispone di alcun trattamento in grado di modificarne la storia naturale.

Questo fallimento terapeutico è imputabile a diversi motivi: patogenesi oscura, rarità della malattia, diagnosi precoce spesso difficile per l'aspecificità dei sintomi, decorso clinico imprevedibile.

I dati da noi raccolti negli ultimi mesi aiutano a comprendere alcuni meccanismi patogenetici e a definire nuove potenziali strategie terapeutiche.

Bibliografia

- 1) Murrel DF, *A radical proposal for the pathogenesis of scleroderma*. JAM Acad Dermatol 28, 78-85, 1993
- 2) Sambo P, Jannino L, Donini M, Candela M, Salvi A, Dusi S, Gabrielli A: *Monocytes of patients with systemic sclerosis (scleroderma) spontaneously release in vitro increased amounts of superoxide anion*. J Invest Dermatol 112, 78-84, 1999.
- 3) Piccinini G, Luchetti MM, Caniglia ML, Carossino AM, Montroni M, Gabrielli A: *c-myb proto-oncogene is expressed by quiescent scleroderma fibroblasts and, unlike B-myb gene, does not correlate with proliferation*. J Invest Dermatol 106, 1281-1286, 1996.
- 4) Piccinini G, Golay J, Flora A, Songia S, Luchetti M, Gabrielli A, Introna M: *c-myb, but not B-myb, upregulates a1(I) and a2(I) collagen gene expression in fibroblasts*. J Invest Dermatol 112, 191-196, 1999





La "ricerca" delle linee guida

Anche i Medici più entusiasti e disponibili a modificare il comportamento clinico sulla base delle nuove evidenze si scontrano con l'ardua impresa di reperire ed accedere in tempo utile ai documenti necessari. Infatti, mentre per altri tipi di pubblicazioni orientate alla soluzione dei problemi clinici, come *review* sistematiche e articoli di editoria secondaria, esistono già banche dati elettroniche in forma di CD-ROM^{50,51} consultabili al "letto del paziente", le linee guida si trovano ancora in uno stato di estrema dispersione sia nella versione cartacea che in quella disponibile in rete Internet.

Le strategie di reperimento più efficaci sono essenzialmente due: 1) eseguire una ricerca su una banca dati bibliografica, come ad esempio MEDLINE, la banca dati generalista per eccellenza fornita dalla *National Library of Medicine*⁵² utilizzando il termine "guideline" nel campo "publication type" per restringere l'ambito dell'esplorazione ai soli articoli indicizzati come linee guida; 2) lanciarsi nella ricerca in rete. In entrambi i casi sono necessarie delle specifiche abilità tecniche di ricerca se non si vuole essere sommersi da una valanga di documenti irrilevanti. Per la ricerca in rete si possono utilizzare diversi approcci. La ricerca che fornisce maggiore affidabilità in termini di qualità del risultato

Le Linee Guida

SECONDA PARTE

MARINA FRATINI,
LAURA MORBIDONI,
MARCO NATALINI,
GIOVANNI POMPONIO

Istituto di Clinica Medica,
Ematologia e
Immunologia Clinica

consiste nel rivolgersi ai siti più accreditati nel campo del rigore metodologico, come i siti ufficiali delle agenzie sanitarie governative o delle associazioni mediche nazionali americane, canadesi e del Regno Unito: esempi sono rappresentati dal sito dell'*Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR), dal sito dell'*American College of Physicians*, *American Societies of Internal Medicine* (ACP-ASIM) online, da quello del *Canadian Practice Guidelines* (CPG) Infobase fornito dalla *Canadian Medical Association*, da quello dell'*NHS Centre for Research and Development* (CRD). Se le informazioni desiderate riguardano la prevenzione centinaia di linee guida sono fornite gratuitamente dalla *Canadian Task Force on Preventive Health Care*, dalla *U.S. Preventive Services Task Force* e dal *Center of Disease Control* (CDC). Se la ricerca si è rivelata infruttuosa perché le informazioni desiderate riguardano una patologia a bassa prevalenza o altamente specialistica si può accedere, conoscendo l'indirizzo o tramite la consultazione dei siti catalo-

go, ai siti delle associazioni specializzate nei vari settori della medicina, prestando maggiore attenzione ai criteri metodologici utilizzati per validare le linee guida fornite dal sito. Alcuni esempi di siti specialistici che permettono l'accesso gratuito a linee guida in *full text* sono: l'*American College of Cardiology*, l'*American Association of Clinical Endocrinologists* (AACE), l'*American Association for Respiratory Care* (AARC), l'*American College of Rheumatology* (ACR), la *British Society of Gastroenterology* (BSG), l'*American Society of Anesthesiologists*, il *Paediatric Clinical Guidelines-Loyola University Medical Center*. Esiste, inoltre, la possibilità di consultare siti catalogo specifici per le linee guida come *Guideline*⁵³ o siti catalogo di risorse orientate alla Medicina Basata sulle Evidenze che forniscono *link* a siti dedicati alle linee guida⁵⁴.

Per facilitare l'accesso alle linee guida, la *Agency of Health Care Policy and Research* (AHCPR) in cooperazione con la *American Association of Health Plans* (AAHP) e l'*American Medical Association* (AMA) sta lavorando alla creazione di un sito, il *National Guideline Clearinghouse*⁵⁵, destinato a catalogare, recensire, confrontare tutte le linee guida prodotte in lingua inglese che soddisfano i criteri di validità.

Valutazione ed applicazione

Uno dei fattori che limita l'ampia diffusione ed implementazione delle linee guida nella pratica clinica risiede nella notevole variabilità qualitativa delle stesse che aumenta il grado di scetticismo e di reticenza dei clinici nei confronti della loro applicabilità. Nonostante la produzione, negli ultimi anni, di linee guida sicuramente meritorie di credito, l'atteggiamento generale rimane di sfiducia in quanto il clinico, nella maggior parte dei casi, non possiede quelle conoscenze tecniche che lo renderebbero indipendente nella valutazione qualitativa di una linea guida. Per insegnare ai Medici a valutare criticamente i risultati forniti dai diversi tipi di studi clinici, sono state pubblicate, negli ultimi anni, diverse serie editoriali sulle principali riviste internazionali^{56,57,58,59}. Diviene così possibile anche per il clinico che non possiede familiarità con l'epidemiologia e la statistica interpretare criticamente i risultati della ricerca, comprendendone la rilevanza e l'applicabilità al paziente. Le domande da porsi per ogni tipo di studio clinico sono fondamentalmente tre: 1) Lo studio è condotto in maniera valida? 2) Quali sono i risultati dello studio? 3) Lo studio è applicabile al mio paziente? Nel caso delle linee guida per rispondere affermativamente al primo interrogativo è necessario verificare: A. che gli





autori, dopo aver individuato l'intervento da sottoporre ad eventuale raccomandazione per una determinata condizione patologica, abbiano preso in esame anche tutti i più importanti interventi alternativi (*options*) ed i loro relativi effetti risultanti (*outcomes*); se, ad esempio, si valuta la terapia sostitutiva ormonale per la prevenzione delle fratture da osteoporosi nelle donne in menopausa, questo intervento va confrontato con le altre possibilità terapeutiche esistenti (calcio, difosfonati, vitamina D) in termini di benefici, di rischi ed eventualmente anche di costi. B. che sia stata applicata una corretta metodologia per l'identificazione, la selezione e la sintesi delle evidenze presenti in letteratura e che gli autori dichiarino esplicitamente la modalità di effettuazione di tale processo.

Per rispondere alla seconda domanda, quali sono i risultati dello studio o, nel caso specifico, quali sono le raccomandazioni fornite è necessario verificare se queste sono pratiche e clinicamente importanti e qual è il grado di forza ad esse associato. Una raccomandazione pratica è quella che fornisce un'informazione chiara ed esplicita sul comportamento da tenere: deve essere quindi specificato in che settore si esplica la raccomandazione (prevenzione, *screening*, diagnosi o terapia), qual'è l'intervento da praticare, a quali pazienti è indirizzato l'intervento ed in quale momento della gestione clinica va somministrato. Una raccomandazione clinicamente importante è quella che dimostra che i benefici che derivano dalla sua applicazione superano i rischi ed i costi. Per tale motivo il clinico deve prestare particolare attenzione alla riduzione del rischio assoluto più che a quella del rischio relativo quando valuta il beneficio derivante dalla somministrazione dell'intervento.

La forza di una raccomandazione, cioè l'impatto che determina nella pratica clinica, è funzione della qualità delle evidenze da cui deriva e dall'entità dell'effetto risultante in termini di rapporto benefici/rischi e benefici/costi. Sono stati proposti diversi metodi per standardizzare la modalità di assegnazione del grado di forza di una raccomandazione come quelli proposti dalla *Canadian* e dalla *U.S. Task Force on Preventive Services*^{60,61} che assegnano il grado di forza in funzione delle qualità delle evidenze da cui la raccomandazione scaturisce; più di recente è stato proposto un differente metodo di standardizzazione⁶² che tiene conto non soltanto del tipo di studio ma anche di altre importanti variabili come la eventuale presenza di eterogeneità nei risultati dello studio, la dimensione dell'effetto risultante (*outcome*), gli intervalli di confidenza ed il valore soglia al quale i rischi/rischi o i costi sorpassano il beneficio dell'intervento.

Infine, per rispondere al terzo interrogativo circa l'applicabi-

lità dei risultati dello studio alla propria realtà clinica i criteri da soddisfare sono due: deve esistere corrispondenza tra l'obiettivo della linea guida e il proprio obiettivo; il paziente da sottoporre all'intervento deve possedere caratteristiche sovrapponibili a quelle della popolazione studiata in termini di prevalenza di malattia e di fattori di rischio.

Conclusioni

Il crescente interesse nel colmare il *gap* tra i risultati della ricerca e la pratica clinica scaturisce dalla necessità di migliorare la qualità degli interventi sanitari. La realizzazione di tale obiettivo, condiviso da tutti i più importanti sistemi sanitari internazionali, è un processo complesso che deve comprendere, se si vogliono ottenere dei risultati effettivi, profondi cambiamenti a più livelli, da quello formativo professionale a quello organizzativo-gestionale contemporaneamente allo sviluppo di strategie di diffusione e di implementazione delle informazioni. Le linee guida rappresentano uno degli strumenti potenzialmente in grado di trasferire in modo semplice e diretto i risultati della ricerca nella pratica clinica assistendo il medico nel processo decisionale. I limiti che finora ne hanno ostacolato l'utilizzo ad ampio raggio derivano principalmente dall'impegno necessario per produrre linee guida valide e continuamente aggiornate, dalla difficoltà di disseminarle rendendole accessibili al letto del paziente e dalla resistenza alla loro implementazione. Numerose iniziative sono state promosse per superare tali ostacoli come il forte impulso dato alla produzione di studi clinici in grado di fornire evidenze di elevata qualità, le nuove forme editoriali dirette a fornire informazioni più facilmente applicabili nella pratica, la disseminazione delle evidenze tramite la rete Internet, le strategie proposte per l'implementazione a livello locale delle linee guida. Un ruolo fondamentale nell'ambito del miglioramento della qualità delle prestazioni medico-sanitarie è ovviamente giocato dal processo formativo delle figure professionali coinvolte. In particolare, i Medici devono accettare di modificare i loro comportamenti clinici sulla base di nuove regole che comportano l'acquisizione di nuove conoscenze ed abilità pratiche, l'utilizzo di nuovi strumenti di ricerca e di valutazione. Legare incentivi, carriera e sistemi di verifica alla qualità tecnica degli interventi praticati piuttosto che ai soli risultati gestionali potrebbe rappresentare una strategia in grado di motivare i medici al cambiamento comportamentale.

In conclusione, il miglioramento della cura del paziente com-





porta l'innescò di un processo piú complesso del semplice trasferimento della ricerca nella pratica, dell'utilizzo di una linea guida. Come dichiarato da Liam Donaldson, direttore del *NHS Executive* del *Northern and Yorkshire* i tre ingredienti fondamentali per il successo di una organizzazione sanitaria sono: cultura, cultura, cultura.

Bibliografia

(Seconda parte)

- 50) Getting evidence into practice. *Effective Health Care* 1999; 5(1).
- 51) Cochrane library. Disponibile all'indirizzo <http://www.cochrane.co.uk>
Ultimo aggiornamento marzo 1998.
- 52) Best evidence. <http://hiru.mcmaster.ca/acpj/acpod.htm>
- 53) National Library of Medicine. <http://www.nlm.nih.gov/>
- 54) Guideline (catalogo) <http://www.shef.ac.uk/~scharr/ir/guidelin.html>
- 55) Evidence-based Medicine Resource Center
<http://www.nyam.org/library/eblinks.html>
- 56) Development and Implementation of the National Guideline Clearinghouse <http://www.ahcpr.gov/clinic/ngcfact.htm>
- 57) Guyatt GH ; Rennie D. Users' guides to the medical literature [editorial]. *JAMA* 1993 Nov 3; 270(17):2096-7.
- 58) DJ Cook, CD Mulrow, RB Haynes. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions [see comments] *Ann Intern Med* 1997 Mar 1; 126(5):376-80.
- 59) Greenhalg T. How to read a paper. The Medline database. *BMJ* 1997 19 Jul; 15(7101): 180-3.
- 60) Guyatt G, Jaeschke R, Heddle N, Cook D, Shannon H, Walter S. Hypothesis testing. *Can Med Assoc J* 1995 Jan 1; 152(1): 27-32.
- 61) Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC). <http://www.ctfphc.org/>
- 62) U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 1996. <http://158.72.20.10/pubs/guidecps/>
- 63) Guyatt GH et al. User's guides to the medical literature. IX. A method for grading health care recommendations. *JAMA* 1995; 274:1800-1804.





A CURA DI GIOVANNI DANIELI

Introduzione

Mercoledì 26 maggio, presso l'Auditorium di Portonovo si è svolto il rituale Seminario di Primavera dedicato alla Programmazione Didattica del nuovo anno accademico, Seminario aperto a tutti i membri del Consiglio di Facoltà, alle rappresentative degli Studenti e che si è chiuso con l'intervento del Magnifico Rettore.

I lavori si sono svolti secondo il programma riportato (Tab. 1).

La relazione introduttiva è stata fatta dal Preside, Prof. Tullio Manzoni, che ha illustrato innanzitutto il quadro nazionale, con particolare riferimento alla situazione dei cosiddetti decreti di area, le innovazioni che questi comporteranno nell'organizzazione didattica e negli ordinamenti dei singoli Corsi di studio.

Ha quindi illustrato i rapporti esistenti con l'Azienda ospedaliera, per quel che concerne la partecipazione di quest'ultima al processo di formazione.

Particolare rilievo è stato dato dal Preside ai risultati di questo primo anno sperimentale di didattica interprofessionale, aperta a più corsi di Studenti, didattica che deve essere potenziata per creare occasioni di formazione comune e di dialogo fra diverse figure professionali che, certamente in gran parte, opereranno insieme nel mondo della Sanità.

Il Preside ha anche sottolineato la realizzazione del Laboratorio e dell'Atelier informatico che costituiscono le base strutturali per un'adeguata preparazione dei futuri professionisti all'impiego del computer nella ricerca clinica, nella formazione permanente e nell'assistenza.

Terminata la costruzione dell'area informatica, per la quale, visto il successo ottenuto, è da prevedere in futuro un ulteriore sviluppo di spazi e di apparecchiature, il Preside ha confermato l'impegno di dare inizio alla costruzione, in uno spazio resosi vacante al primo piano del Polo, di un'area dedicata alla didattica interattiva, con il convincimento che allestire per questa fase formativa le strutture adeguate, risulterà in una più consistente e proficua preparazione degli Studenti nel difficile settore della didattica tecnico-applicativa.

Il Preside ha concluso il suo intervento sottolineando il ruolo che i Comitati di Facoltà, il primo per il Coordinamento Didattico, il secondo per la Ricerca Scientifica, gli scambi culturali ed il coordinamento decisionale ed il terzo per i Rapporti con la Sanità Pubblica hanno svolto per il potenziamento e l'apertura di nuovi orizzonti nella didattica, nella ricerca e nell'assistenza.

Al termine della relazione del Preside, si sono succeduti gli interventi di Saverio Cinti e di Maurizio Procaccini, Presidenti rispettivamente dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria, quelli di Francesco Orlandi e di Leandro Provinciali relativi alle Scuole di Specializzazione e l'intervento di Guidalberto Fabris per i Diplomi Universitari. Successivamente Giovanni Danieli si è intrattenuto sul programma futuro dei Corsi monografici e dei Forum, sulle attività editoriali della Facoltà per il prossimo anno accademico e, sulla scia di quanto preannunciato dal Preside, ha illustrato le nuove strutture in preparazione. Hanno fatto seguito le relazioni di Fiorenzo Conti per il Comitato II per la Ricerca Scientifica, in sostituzione di Pietro Varaldo, Coordinatore del Comitato assente giustificato e di Franco Angeleri per il Comitato III per i Rapporti con la Sanità Pubblica.

Della maggior parte degli interventi siamo in grado di presentare una breve sintesi, mentre la relazione di Maurizio Procaccini viene riportata per esteso, quale presentazione dell'attività globale svolta dal Polo Didattico di Villa Maria.

Introduzione

GIOVANNI DANIELI
Coordinatore Comitato Didattico

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

SAVERIO CINTI
Presidente del Corso di Laurea

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Sono stati presentati, nell'ordine, il Calendario Didattico per il prossimo anno accademico, articolato in 26 settimane di insegnamento (Tab. 2), l'orario didattico del prossimo anno, che verrà riportato per esteso nella Guida e che, rispetto a quella dell'anno appena concluso, riporta poche modifiche esposte nella Tab. 3, l'elenco dei Corsi monografici e dei Seminari svolti per la prima volta quest'anno e che hanno visto uno straordinario successo per la qualità delle presentazioni e per l'ampia partecipazione di studenti.

Nel prossimo anno accademico i **Corsi monografici** si svolgeranno tutti i venerdì, secondo un calendario che apparirà sulla Guida alla Facoltà, dalle ore 8.30 alle 18.30.

La distribuzione per tutta la giornata, e non solo nella secon-





da parte, dei venerdì è stata attuata per evitare sovrapposizioni nello stesso orario di due o più Corsi monografici e per consentire quindi allo Studente la libera scelta di tutti i momenti didattici proposti.

Per quel che concerne la normativa di svolgimento dei Corsi monografici e dei Seminari, sono state confermate le istruzioni deliberate lo scorso anno (Tab. 5), con un'unica variazione: per consentire ai Discenti la partecipazione ai Corsi monografici desiderati, la frequenza nei reparti clinici per la didattica interattiva, obbligatoria dal lunedì al giovedì, è resa opzionale il venerdì.

Inoltre cinque Corsi monografici sono stati riservati alla didattica interprofessionale e verranno quindi svolti come Forum di Facoltà; essi sono: Deontologia Medica, Storia della Medicina,

Medicina Basata sulle Evidenze, Qualità in Medicina, Economia Sanitaria.

Per quel che concerne i **Forum**, momento unificante di tutti i Discenti della Facoltà e sede di dibattito di temi di grande rilevanza nella formazione di Diplomatici, Laureati e Specialisti, sono stati riportati, per memoria, nelle tabelle che seguono (Tabb. 6-10) i programmi svolti nell'ambito della didattica interprofessionale nell'anno in corso.

Assecondando la volontà del Preside, le **Guide alla Facoltà** saranno quest'anno consegnate agli Studenti nel momento della loro immatricolazione.

I termini per la consegna del materiale, su supporto cartaceo e magnetico, e per la pubblicazione e distribuzione dei volumi, sono riportati nella tabella 11.

Tab. 1 - Programma del Seminario di Primavera

Auditorium di Portonovo Seminario di Primavera	
La Programmazione Didattica mercoledì 26 maggio 1999	
ore 9.00 Linee di sviluppo della Facoltà - Il Preside	ore 12.30 Comitato II per la Ricerca Scientifica, gli scambi culturali ed il coordinamento gestionale - P. Varaldo
ore 9.30 Comitato I per il Coordinamento didattico - CCL - S. Cinti, M. Procaccini Calendario ed orario didattico Determinazione voto di laurea - Scuole di Specializzazione - F. Orlandi, L. Provinciali Accreditamento Libretto di formazione - Diplomi Universitari - G. Fabris Tesi ed esami finali	ore 13.00 Comitato III per i rapporti con la Sanità Pubblica - F. Angeleri
ore 11.30 I lavori del CCD - G. Danieli - Didattica interprofessionale Corsi monografici e Forum - Pubblicazioni di Facoltà Guide alla Facoltà - Vol. 1-2-3 Lettere dalla Facoltà - Nuove Strutture Laboratorio e Atelier informatico Area DIA	ore 13.30 SALUTO DEL MAGNIFICO RETTORE Colazione di lavoro ore 15.00 Consiglio di Facoltà ore 16.00 Conclusioni e chiusura del Seminario - Il Preside





Tab. 2 - Calendario Didattico A.A. 1999-2000

I Ciclo:	dall'11 Ottobre 1999 al 29 Gennaio 2000
II Ciclo:	dal 28 Febbraio 2000 al 10 Giugno 2000
Periodo Natalizio:	dal 20 Dicembre 1999 all'8 Gennaio 2000
Periodo Pasquale:	dal 17 al 29 Aprile 2000

Tab. 3 - Modifiche dell'orario 1999/2000 rispetto a quello del precedente Anno Accademico

<ul style="list-style-type: none"> Le ore di Medicina di Laboratorio sono state spostate dal 1° ciclo al 2° ciclo del 3° anno e sono state tolte le ore di recupero del 4° anno 1° ciclo E' stata tolta l'ora di recupero di Immunologia Clinica del 5° anno 1° ciclo Sono state tolte le due ore di recupero di Farmacologia Speciale del 5° anno 2° ciclo
--

Tab. 4 - Corsi Monografici e Seminari svolti nell'A.A. 1998-1999

	CORSI MONOGRAFICI	SEMINARI		CORSI MONOGRAFICI	SEMINARI
1° ANNO			5° ANNO		
Chimica e Prop. Bioch.	1	/	Malattie infettive	1	2
Fisica	2	2	Anatomia patologica	4	2
Biologia, Genetica, Biom.	4	2	Chir. Gen. e Gastroent.	2	/
Istologia	1	/	Medicina Int. e Geriatria	2	2
2° ANNO			Mal. del Sistema Nervoso	4	1
Anatomia	2	/	Diagn. per Imm. e Radiot.	2	1
Biochimica	3	/	Mal. App. Locomotore	1	2
3° ANNO			Mal. Cutanee e Veneree e Ch.PI.	2	1
Fisiologia	2	3	Oftalmologia	1	2
Microbiologia	2	2	Psichiatria	1	1
Immunologia	1	1	6° ANNO		
Patologia e Fisiopat. Gen.	3	3	Odonto-Otorinolaringoiatria	/	/
Medicina di laboratorio	1	/	Pediatria	2	/
4° ANNO			Ginecol. e Ostetricia	2	3
Metodologia clinica	5	1	Clinica Medica	3	2
Patologia sistematica I	2	3	Clinica Chirurgica	2	3
Patologia sistematica II	2	2	Oncologia Clinica	1	2
Patologia sistematica III	1	2	Medicina Legale	2	3
Farmacologia	/	/	Medicina del Lavoro	1	/
			Igiene e Sanità Pubblica	1	1
			Emergenze medico-chirurgiche	4	4





Tab. 5 - Corsi Monografici e Seminari - Istruzioni per la partecipazione e l'attestazione di frequenza

Gli studenti iscritti al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia sono ammessi d'ufficio alla frequenza di tutti i corsi monografici e/o seminari attivati, senza presentare alcuna domanda di ammissione a queste attività didattiche. La frequenza sarà certificata dal docente e controfirmata dal Coordinatore del Corso Integrato e verrà riportata nella carriera dello studente al termine del corso a seguito della verifica della Ripartizione Didattica Polo Torrette della certificazione della frequenza.

Al fine di certificare la frequenza degli studenti che sono presenti ai corsi monografici e/o seminari, ogni docente avrà a disposizione dei moduli contenenti l'elenco degli iscritti dell'anno di corso a cui afferisce il corso integrato.

A tale elenco viene aggiunto un foglio contenente righe in bianco per poter raccogliere la firma degli studenti degli altri anni di corso che intendono frequentare il corso monografico e/o seminario.

I docenti dei corsi monografici e/o seminari dovranno far firmare gli studenti nelle colonne corrispondenti ad ogni giorno di lezione e dovranno loro stessi apporre la propria firma in fondo alla pagina a verifica e attestazione di quanto sottoscritto dagli studenti presenti.

I seminari vengono svolti presso le strutture proprie del Corso Integrato promotore dell'iniziativa. Le date dei seminari sono concordate, a lezione, direttamente dal docente con gli studenti. La partecipazione ai seminari e l'attestazione di frequenza seguono le norme stabilite per i corsi monografici.

Tab. 6

FORUM DI FACOLTA'

Didattica Interprofessionale

Etica in Medicina

Coordinatore: Prof. Daniele Rodriguez

16 Ottobre 1998

Scienza, coscienza e ... giurisprudenza

D. Rodriguez

23 Ottobre 1998

Quale etica per l'attuale operatore sanitario?

M. Marinelli

30 Ottobre 1998

Etica della comunicazione in ambito sanitario

D. Rodriguez

6 Novembre 1998

Dal segreto professionale alla tutela della riservatezza

D. Rodriguez

13 Novembre 1998

Insegnamento dell'etica ed etica nell'insegnamento

P. Benciolini

Tab. 7

FORUM DI FACOLTA'

Didattica Interprofessionale

Medicina nelle Marche

Storie parallele

Coordinatore: Prof. Francesco Orlandi

20 Novembre 1998

Formazione e presenza medica in Ancona

G. Piccinini

27 Novembre 1998

Medici fermani e lo Studio Medico di Fermo

A. Serrani

4 Dicembre '98

Medici pratici nelle Marche tra il '500 ed il '700

O. Galeazzi

16 Aprile 1999

Diacinto Cestoni (Montegiorgio, AP 1637 - Livorno 1718): negazione della teoria umorale delle malattie e negazione della teoria della generazione spontanea

I. D'Angelo

30 Aprile 1999

Medici e Medicina ad Urbino e nel Pesarese

G. Berretta

7 Maggio 1999

Medici e Facoltà di Medicina nell'area di Camerino

P.L. Falaschi





Tab. 8

FORUM DI FACOLTA'
Didattica Interprofessionale

**L'impiego
dei personal computer
nelle professioni sanitarie**
Prof. Raul Castagnani e Dr. Giovanni Pomponio

15 Gennaio 1999
Il personal computer: generalità, l'ambiente windows, la videoscrittura
R. Castagnani

22 Gennaio 1999
La rete internet: che cosa è, come funziona, a cosa serve nelle professioni sanitarie
R. Castagnani

29 Gennaio 1999
Banche dati per il Medico e l'Infermiere: una panoramica
G. Pomponio

5 Marzo 1999
La rete internet nella pratica delle professioni sanitarie: situazioni cliniche esemplificative
G. Pomponio

Tab. 9

FORUM DI FACOLTA'
Didattica Interprofessionale

La Qualità nella Sanità
Coordinatore: Prof. Leandro Provinciali

12 Marzo 1999
Elementi caratterizzanti la Qualità delle prestazioni sanitarie
M. Del Pesce, F. Pesaresi, L. Provinciali

19 Marzo 1999
La Qualità percepita dai pazienti e dagli operatori sanitari
F. Borromei, M. Bozzi, L. Provinciali

26 Marzo 1999
La Qualità tecnica in Medicina
L. Provinciali

23 Aprile 1999
La Qualità gestionale in Medicina
E. Brizioli, S. Centini, M. Procaccini, L. Provinciali

14 Maggio 1999
Modalità di organizzazione di un sistema di assistenza sanitaria basato sulla Qualità
F. Di Stanislao, A. Gardini, L. Provinciali

Tab. 10

FORUM DI FACOLTA'
Didattica Interprofessionale

**La gestione economica in Sanità
Il processo decisionale e
le informazioni**
Coordinatore: Prof. Gian Mario Raggetti

21 Maggio 1999
Il Management in Sanità
G.M. Raggetti, F. Greco, V. Carignani

4 Giugno 1999
La responsabilità gestionale del Medico
G. Ros, E. Roversi, R. Labanti

Tab. 11 - Tempistica delle Guide alla Facoltà

	Pubblicazione e distribuzione	Consegna del materiale
Voll. 1-2 - DL	15 settembre	1 agosto
Vol. 3 - DU	1 ottobre	1 settembre
Vol. 4 - DS	15 dicembre	15 novembre





Viene approvato il programma di **Lettere dalla Facoltà** per il prossimo anno (Tab. 12) nonché l'articolazione della rivista in rubriche mensili (Tab. 13) e trimestrali (Tab. 14).
E' stato approvato il Regolamento per l'uso dell'Atelier informatico (Tab. 15 e Fig. 1).

Tab. 12 - Programmazione 2000 di Lettere dalla Facoltà

Undici numeri per anno
Trentasei pagine per numero
Distribuito a: Studenti DU - DL - DS (Abbonamento postale)
Presidi Facoltà di Medicina e Chirurgia
Presidenti CCL
Autorità nazionali e regionali
Articolato in rubriche mensili e rubriche trimestrali

Tab. 13 - Programmazione 2000 di Lettere dalla Facoltà: Rubriche mensili

Editoriale
Conoscere la Facoltà
Il Polo Universitario-Ospedaliero
Vita della Facoltà
Spazio Studenti
Abbiamo affidato alle stampe
Dai verbali del Consiglio di Facoltà o dal Comitato di Coordinamento Didattico
Le delibere del Consiglio di Amministrazione
Appunti dal Senato Accademico
Novità in Biblioteca
Lettere
Libri
I giovedì dell'Aula Magna
Congressi, Corsi, Conferenze
Agenda dello Specializzando

Tab. 14 - Programmazione 2000 di Lettere dalla Facoltà: Rubriche trimestrali

Osservatorio
Orizzonti odontoiatrici
Nuovi modelli organizzativi
MBE
Ricerca clinica
Storia della Medicina nelle Marche
Deontologia ed Etica Professionale
Nuovi farmaci
Qualità in Medicina
Management sanitario
Nuove frontiere

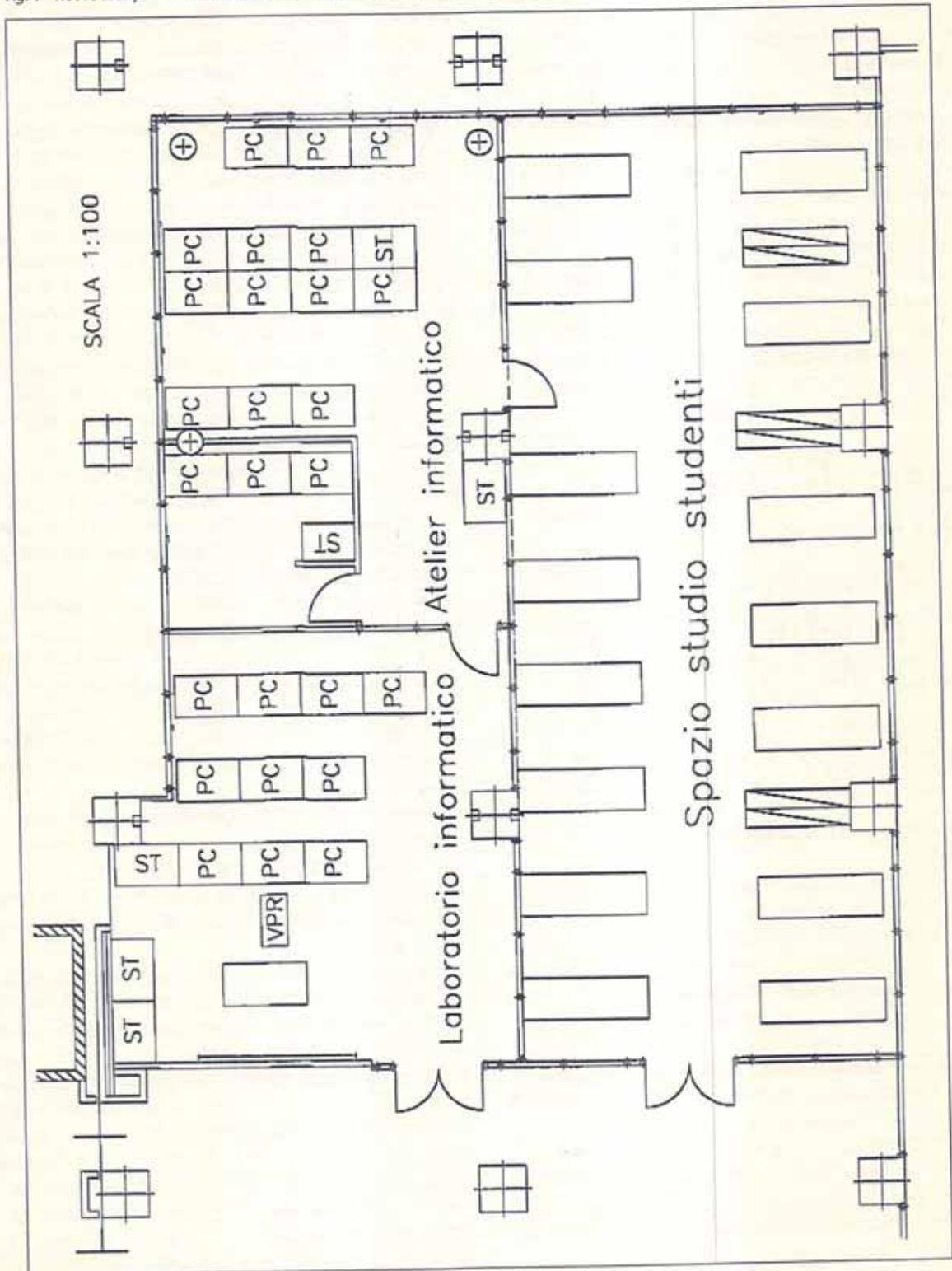
Tab. 15 - Regolamento per l'uso dell'Atelier Informatico

1. L'atelier è aperto dalle 8.30 alle 19.30 dal lunedì al venerdì e il sabato dalle 8.30 alle 13.30
2. Possono accedere ai computer gli studenti e gli specializzandi della Facoltà di Medicina
3. Possono essere liberamente utilizzati i programmi installati; è consentito creare sul disco rigido una cartella documenti personali; non è consentito installare programmi, etc. senza il consenso del tecnico responsabile
4. Non sono ammesse più di due persone per PC
5. In caso di utenti in attesa è possibile occupare ciascun PC per un periodo massimo di un'ora e mezzo
6. Se l'utente si allontana dalla postazione momentaneamente deve avvertire il responsabile di sala; in caso contrario la postazione sarà considerata libera
7. Quando l'utente lascia la postazione è pregato di chiudere tutte le applicazioni; **non** spegnere il computer
8. E' consentito prenotare una postazione per eseguire ricerche attinenti il proprio Corso di Laurea; la prenotazione deve essere effettuata almeno tre giorni prima
9. La carta per la stampa è a carico dell'utente





Fig. 1 - Nuove aree per il Laboratorio e l'Atelier informatico e per l'annessa Sala Studio





Il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria è stato istituito presso l'Università degli Studi di Ancona con Decreto del Presidente della Repubblica del 25 settembre 1980 n. 675 e successive modificazioni. Alcuni aspetti lo contraddistinguono in maniera precipua: la durata che è di 5 anni, il numero programmato, la frequenza obbligatoria ai corsi teorici e il tirocinio pratico obbligatorio.

Il numero dei posti a disposizione deve essere proporzionato, obbedendo allo spirito delle leggi di istituzione dei nostri Corsi di Laurea, alle strutture disponibili, intese come spazi per poter svolgere la didattica, unità operative dove svolgere la parte clinica, aule organizzate per le esercitazioni teorico-pratiche. Ogni sede ha quindi stabilito un numero "chiuso" in base ai parametri sopra esposti. Contro questa impostazione, ritenendo illegittimo il numero chiuso, ci sono stati una serie di ricorsi che hanno consentito l'iscrizione con riserva ad un numero superiore di studenti rispetto a quelli previsti dal bando di concorso, creando notevoli disagi; questo fino all'A.A. 1997/98. Infatti per l'A.A. 1996/97 il problema - si è risolto grazie all'art. 1 comma 13, Legge n. 4 del 14/1/1999 pubblicata sulla G.U. del 19.1.1999 e per l'A.A. 1997/98 con delibera del Senato

Aspetti didattici, di ricerca e assistenziali del Polo didattico "Villa Maria"

MAURIZIO PROCACCINI
Presidente del Corso di Laurea in
Odontoiatria e Protesi dentaria

Accademico del 21/12/1998 modificata con delibera n. 54 del 26/1/1999.

Il corso di articola in 5 anni e prevede la frequenza obbligatoria sia per la parte teorica che per la parte pratica.

I nostri studenti, per il conseguimento della Laurea, devono superare gli esami dei 27 insegnamenti fondamentali e di almeno 2 insegnamenti scelti tra i 6 complementari. Gli insegnamenti si dividono in semestrali (che si svolgono in 26 ore), annuali (che si svolgono in 52 ore), alcune materie particolarmente importanti per il futuro odontoiatra, quali ad esempio l'Odontoiatria Conservatrice e la Protesi Dentaria, sono trattate in corsi triennali.

Il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Ateneo anconitano vanta una pluralità di specializzazioni, in quanto si occupa di ricerca senza dimenticare l'aspetto assistenziale, il tutto integrato nell'esecuzione dell'attività didattica.

Infatti una delle caratteristiche principali è data dal fatto che il Corso di Laurea è professionalizzante: gli studenti possono usufruire di un'aula manichini, adibita alle esercitazioni in cui si simulano i tempi ed i modi operativi che in futuro dovranno essere eseguiti realmente sui pazienti. Pertanto su bocche e denti artificiali gli studenti, opportunamente seguiti, possono effettuare ad esempio restauri di conservativa (le otturazioni cosiddette), preparazione e restauri protesici, etc.

Gran parte delle esercitazioni prevedono le frequenze presso i reparti in cui si svolge l'attività odontoiatrica vera e propria. Da questo punto di vista l'Istituto di Scienze Odontostomatologiche "Villa Maria" usufruisce del prezioso aiuto di Colleghi ospedalieri, la cui Azienda è in convenzione con l'Università. Le attività che si svolgono prevedono la chirurgia orale, l'odontoiatria conservatrice ed endodontica, la parodontologia, la pedodonzia, l'ortodonzia e la protesi dentaria. Gli studenti, a gruppi per lo più di 2-4, dapprima sono invitati ad osservare la pratica operativa, svolgendo spesso anche un compito di assistenza presso la poltrona odontoiatrica, poi subentra la possibilità di effettuare una parte pratica direttamente sul paziente, privilegiando i casi adatti alle loro capacità sotto l'attenta sorveglianza dei Colleghi che collaborano per metterli nelle condizioni operative le più sicure possibili. Questo aspetto è molto curato nel nostro Corso di Laurea e si è continuato ad intensificare la parte pratica che, non dimentichiamo è indissolubilmente legata all'efficienza delle strutture, all'impegno del corpo docente, del personale medico ed infermieristico, del personale amministrativo, nonché alla possibilità di usufruire di collaborazioni le più competenti possibili e ai mezzi economici a disposizione.

Infatti in branche specialistiche quali ad es. l'ortodonzia, la conservativa, la parodontologia e la chirurgia, sono stati raggiunti buoni risultati sia sotto il profilo scientifico e di ricerca che assistenziale grazie ad un'alacre attività svolta nei reparti convenzionati unitamente a quelli in cui l'attività è svolta in conto terzi.

L'impegno assistenziale verte a soddisfare le esigenze dei pazienti, dedicando loro il tempo adeguato: ciò che scaturisce è un felice connubio tra gli interessi degli uni e gli obiettivi prefissi dalla stessa Università. In due parole: il paziente riceve prestazioni di qualità e nel contempo gli studenti riescono a godere dei giusti tempi di apprendimento. A testimonianza della fervida attività di ricerca vi sono i numerosi Congressi nazionali (Ancona, Jesi, Isole Tremiti, Capri, Roma, Portonovo, Roccaraso, S. Benedetto, Bologna, ecc) ed Internazionali (Nizza, Marsiglia, Vancouver, Madrid, Montpellier, Barcellona) che hanno visto l'Ateneo Dorico impegnato spesso in una veste proficua grazie ad una parte-





cipazione fattiva ed apprezzata sotto il profilo scientifico tant'è che ci sono stati riconoscimenti ufficiali e premi rilasciati ai relatori. In questo senso si è particolarmente distinto il Prof. Sampalmieri, titolare della cattedra di Materiali Dentari e, per affidamento della cattedra di Odontoiatria Conservatrice.

Un altro aspetto interessante è che si cerca di svolgere la gran parte della didattica teorico pratica nella stessa sede fin dal primo anno proprio per dare agli studenti, dall'inizio la possibilità di immergersi nel mondo odontoiatrico, cominciando a vivere la pratica, anche se in effetti l'obbligo delle esercitazioni è proprio dell'ultimo triennio. In ogni caso la frequenza presso le unità operative è aperta a tutti, disciplinando ovviamente l'accesso ai reparti. Inoltre il concentrare quasi tutta l'organizzazione didattica in un'unica sede favorisce gli scambi di idee, di opinioni, di osservazioni fra i singoli studenti ed i docenti, fra i docenti stessi.

La Sede di "Villa Maria" può contare su 5 aule didattiche, su un'aula con 20 manichini, un laboratorio odontotecnico ed una biblioteca, tutte strutture che, anno per anno, con la collaborazione degli organi accademici superiori ed amministrativi, si cerca di potenziare.

Infatti per questo nuovo A.A. i posti delle aule sono aumentati, si sono predisposti i banchi in maniera più razionale, sono state potenziate le possibilità didattiche delle aule con nuovi proiettori, lavagne luminose, videoregistratore; è in corso l'attuazione di un sistema di videoproiezione che consente agli studenti presenti in aula di assistere ad interventi odontoiatrici effettuati presso le unità operative. Gli studenti hanno la possibilità di effettuare domande e ricevere risposte mentre l'operatore svolge la sua attività clinica o di laboratorio. Sono stati attivati due corsi di perfezionamento: uno in Odontoiatria Conservatrice ed uno in Impiantologia. Nell'uno e nell'altro caso partecipano al Corso i docenti più qualificati in ambito nazionale e internazionale.

Non si trascura la collaborazione con altre strutture odontoiatriche dell'Azienda, vedi per esempio la collaborazione con la Divisione di Chirurgia Maxillo Facciale diretta dal Prof. Danio Romagnoli e la Divisione di Odontostomatologia diretta dal Dott. Vittorio Zavaglia, in modo che gli studenti possano arricchirsi culturalmente in maniera più completa.

L'obiettivo principale è dunque quello di non disperdere le energie: un concetto estremamente attuale soprattutto alla luce del fatto che anche in ambito sanitario si parla ormai di azienda, fermo restando che il nostro lavoro non vuole, nè d'altro canto potrebbe essere, una catena di montaggio, come in altri tipi di industrie.

I programmi di studio vengono così adeguati ai nuovi interessi culturali che si sviluppano nel settore odontoiatrico, di anno in anno, non rimanendo ancorati a schemi didattici che rischiano di divenire obsoleti, non al passo con le nuove metodiche e possibilità che la tecnologia e la ricerca mettono a disposizione dell'odontoiatria.

Tutto questo si cerca di fare nella sede anconetana per insegnare agli studenti che oggi, parlare di denti significa parlare di argomenti complessi che presuppongono una conoscenza approfondita. E' dunque notevole lo sforzo e l'impegno di tutti i Docenti, in prima linea dei colleghi che curano le discipline del biennio, impegnati nel dare una base solida di carattere generale nelle materie biologiche e, nel contempo, indirizzare in senso odontoiatrico il settore di insegnamento. Il nostro Corso di Laurea è di recente istituzione, a differenza del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia: per questo motivo non è ancora oggetto di riforme che modifichino il piano di studi in maniera radicale e la cui validità è da confermare nel tempo; l'ambizione, come già specificato nel precedente incontro a Portonovo nel 1998, è comunque quella di contribuire a porre i nostri laureati in una posizione di eccellenza nel panorama odontoiatrico nazionale ed europeo.





L'esigenza di determinare e verificare i requisiti di qualità della didattica universitaria nelle Scuole di Specializzazione è espressa nel testo unificato sulle "Nuove norme in materia di formazione dei medici specialisti", Commissioni VII e XII, Camera dei Deputati (tu 2425 e abb, art 10). Altri riferimenti si trovano nel *Projet Pilot Européen pour l'Evaluation de la Qualité dans l'Enseignement Supérieur*, Unione Europea; nel Progetto *Institutional Management in Higher Education*, OECD; nel Progetto "Certificazione di Qualità degli Interventi Formativi", CIRED; nel Progetto *Institutional Evaluation and Management for Quality*, CRE; nei documenti concernenti l'Osservatorio MURST per la Valutazione del Sistema Universitario ed il Programma di Ricerca per la "Misurazione e Valutazione della Qualità delle Attività delle Università; nella direttiva "Principi dell'Erogazione dei Servizi Pubblici", Presidente del Consiglio dei Ministri, ed in altri documenti.

Le basi dello standard di formazione professionale ai sensi della normativa comunitaria sono indicate nel DM MURST 11.05.1995 sull' "Ordinamento Didattico Universitario delle Scuole di

Accreditamento delle scuole di specializzazione

FRANCESCO ORLANDI
Coordinamento Scuole

Specializzazione del Settore Medico". Esse sono state introdotte nello Statuto dell'Università di Ancona, e sono in armonia con la Direttiva 93/16/EEC 05.04.1993. Sono

anche da considerare le procedure di accreditamento adottate su tale base dalla *European Union of Medical Specialties*.

L'accREDITAMENTO delle Scuole va inteso come strumento per:

- verificare e garantire la competenza e la professionalità didattica nella formazione professionale secondo parametri oggettivi;
- garantire all'Università, che ha la direzione e la responsabilità della formazione specialistica, la fiducia sia dei discenti che del Sistema Sanitario Nazionale; va sottolineato che le Scuole forniscono diplomi abilitanti all'esercizio specialistico a livello nazionale ed europeo; le garanzie di qualità vanno quindi rapportate a tali dimensioni ed esigenze;
- facilitare alla singola Scuola gli adempimenti didattici vigenti;
- costituire una salvaguardia a fini anche legali per il discente, per il Direttore ed il Consiglio della Scuola, e per l'Ente certificante gli adempimenti.

Nel quadro delle competenze e capacità di armonizzazione proprie della Presidenza di Facoltà e del Rettorato, il Collegio dei Direttori delle Scuole di Specializzazione sembra uno strumento operativo naturale per iniziative concrete sull'accREDITAMENTO tipo CEE delle Scuole. Esso è infatti espressione diretta dei Consigli delle Scuole, che includono sia il corpo docente di ruolo universitario e non universitario che i rappresentanti legalmente eletti degli specializzandi, ed ha già acquisito per alcuni set-

tori una esperienza operativa diretta di accREDITAMENTO con l'*Union Européenne des Médecins Spécialistes*. Ogni possibile iniziativa va comunque considerata sotto l'egida della Facoltà ed in sintonia con la Regione Marche e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici.

L'accREDITAMENTO delle Scuole passa in questo momento attraverso una revisione delle Tabelle A e B del DM MURST 11.05.1995, per adeguare dopo quattro anni gli standard di formazione alla evoluzione delle tecnologie e della nomenclatura specialistica, e per armonizzarli alle necessità attuali e alle attese del Sistema Sanitario. L'accREDITAMENTO può essere efficacemente incentivato con la creazione di un Registro Regionale delle Scuole Accreditate, da collegare alla ripartizione delle risorse per la formazione medica, e di un Registro Regionale degli Specializzati Accreditati che costituiscono per le Aziende un prodotto con garanzie di qualità diverse dal passato.

L'accREDITAMENTO implica anche un'armonizzazione delle procedure di ammissione e di verifica di profitto tra le Scuole.

Le procedure di accREDITAMENTO delle Scuole prevedono in Europa una fase istruttoria preliminare, una visita diretta di *referees* indipendenti per la verifica e la certificazione, ed una sorveglianza periodica del livello di qualità della didattica.

Le procedure istruttorie hanno lo scopo di accertare la fattibilità delle verifiche e certificazioni successive. Un giudizio positivo è seguito dalla verifica diretta. Un giudizio negativo va inteso come occasione per aiutare una data Scuola, attraverso le motivazioni, a raggiungere le condizioni minime di fattibilità.

La richiesta iniziale di accREDITAMENTO si basa su una documentazione oggettiva degli adempimenti di base, dall'estratto dello Statuto dell'Ateneo alla composizione del Consiglio della Scuola, con indicazione della fascia e del settore disciplinare dei docenti universitari, della qualifica e della disciplina specialistica dei docenti non di ruolo universitario e dei rappresentanti degli studenti, e di una certificazione amministrativa delle strutture universitarie e non, convenzionate, che costituiscono la Scuola, delle caratteristiche strutturali delle singole unità operative, delle attività certificate dell'anno precedente, della produttività scientifica delle strutture.

La visita di verifica dei *referees* segue nella CEE un protocollo consolidato. Essa intende certificare il curriculum di formazione del singolo specializzando attraverso il *log-book* e attraverso documenti di valore legale (registri operatori, cartelle cliniche contrassegnate, etc). Chi ha attraversato e condotto tale procedura ne conosce lo spirito non punitivo ma di consiglio senza compiacenze.

L'accREDITAMENTO delle Scuole prevede iniziative e decisioni sia a livello nazionale che regionale. Sarebbe sbagliato attendere nelle Marche decisioni ed indirizzi da Roma. Università e Regione non hanno scelta. Un solo prodotto è accettato: lo specialista accREDITATO secondo gli standard europei. L'accREDITAMENTO ha anche il merito di spostare il discorso dallo "specializzando oggetto", conteso come preda, al rigore della formazione professionale in Europa.





Con l'attuazione del nuovo ordinamento didattico, realizzata nell'A.A. 1997/1998, è stato definito con maggiore precisione l'impegno formativo, sia teorico che pratico, correlato alla Scuola di Specializzazione. Le indicazioni ministeriali comprendono direttive relative alla formazione teorica, identificata sulla base di 200 ore di didattica di tipo conoscitivo realizzata da docenti appartenenti a raggruppamenti disciplinari inclusi nell'ambito di ciascuna Scuola di Specializzazione. Tali raggruppamenti sono distinti in irrinunciabili e rinunciabili a seconda della pregnanza relativa all'indirizzo specialistico. Oltre a ciò sono esplicitate indicazioni relative alla formazione pratica concernenti sia la frequenza in determinati reparti specialistici che la realizzazione di obiettivi attuativi peculiari della specializzazione.

Lo strumento di registrazione del percorso formativo sia teorico che pratico è rappresentato dal libretto di formazione (logbook) specialistica, attraverso il quale vengono registrate le esperienze realizzate. Tali esperienze riguardano sia la frequenza di lezioni e seminari, che le pratiche specialistiche attuate con supervisione od in maniera autonoma.

Nell'ambito formativo teorico-conoscitivo sono comprese, nella formazione specialistica, anche le attività connesse ad ogni approfondimento culturale correlato alla particolare disciplina, quale la partecipazione a congressi, a workshop, a riunioni formali od a moduli di autoapprendimento.

La registrazione dell'attività pratica specialistica è realizzata attraverso un diario che quotidianamente riporta i casi seguiti, le manovre praticate, gli esami effettuati e la frequenza in

specifici reparti con competenza affine a quella da assumere nel corso degli studi. Ogni attività registrata è riferita agli obiettivi dell'apprendimento pratico specialistico indicati nella Tabella B dell'ordinamento didattico. In particolare per le specialità di ordine chirurgico vengono indicati i ruoli esercitati dallo specializzando nell'ambito dell'attività operatoria. Nel libretto di formazione sono inoltre indicate le sedi in cui gli obiettivi didattici, di ordine teorico e pratico, vengono realizzati ed i tutori che garantiscono la frequenza ai reparti e la esecuzione delle attività pratiche previste dal regolamento. Oltre a ciò in esso vengono riassunte le cadenze delle lezioni, dei seminari e degli approfondimenti di ordine scientifico sottolineando l'eventuale contributo dello specializzando alla realizzazione dell'obiettivo conoscitivo.

Nella fase iniziale di utilizzazione del libretto di formazione si realizzeranno inevitabilmente gli inconvenienti comuni ad ogni nuova pratica formativa. Appare comunque opportuno eccedere nell'attività di registrazione, piuttosto che omettere dettagli apparentemente poveri di significato, al fine di consentire al Direttore ed al Consiglio della Scuola di certificare il curriculum formativo espletato e di sottolineare le peculiarità culturali e professionali dello specializzando.

Libretto di formazione specialistica (Logbook)

LEANDRO PROVINCIALI
Coordinamento Scuole





Con il corrente anno accademico si conclude il primo ciclo dei Diplomi Universitari istituiti con decreto interministeriale 24 luglio 1996 e quindi si rende necessario stabilire le modalità di svolgimento dell'esame di Diploma.

A questo proposito, il decreto, nelle norme generali (titolo I, art. 2.5), dispone che: L'esame finale, con valore di Esame di Stato abilitante alla professione, organizzato in 2 sessioni in periodi concordati su base nazionale, comprende: a) una prova scritta, svolta in forma anonima, anche con domande a risposta multipla; b) la presentazione di una dissertazione scritta (tesi), di natura teorico-applicativa-sperimentale, discussa davanti alla Commissione d'esame di Diploma; c) una prova pratica, che consiste nel dimostrare la capacità di gestire una situazione proposta, sotto l'aspetto proprio della professione; la prova riguarda, secondo l'area, una situazione di tipo assistenziale, riabilitativo, tecnico-diagnostico oppure preventivo-socio-sanitario.

Esame finale dei Diplomi Universitari

GUIDALBERTO FABRIS
Coordinamento Diplomi

I Presidenti dei Consigli di Corso di Diploma della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ancona ritengono che, per meglio valutare l'efficacia della didattica, le prove debbano essere svolte con la seguente sequenza: prova scritta; prova pratica, tesi;

che prova scritta e prova pratica potrebbero svolgersi nella stessa giornata; mentre la tesi potrebbe essere discussa dopo alcuni giorni.

I Presidenti ritengono inoltre, che a questo schema generale i Consigli di Corso di Diploma potranno apportare le modifiche che riterranno più opportune in rapporto alle specifiche esigenze didattiche.

Per la valutazione della prova scritta e della prova pratica i Consigli dovranno individuare la forma che riterranno più idonea alle caratteristiche della Scuola: nel caso di domande a risposta multipla, si potrebbe stabilire un punteggio per ogni risposta esatta; per il tema si potrebbe prevedere una valutazione sotto forma di giudizio (sufficiente, buono, ottimo); mentre la prova pratica potrebbe essere valutata o con l'idoneità o ancora con un giudizio (sufficiente, buono, ottimo).

Per quanto si riferisce alla discussione della tesi, i Presidenti concordano nel ritenere che la votazione debba essere espressa in settantesimi e che per la valutazione finale la Commissione tenga conto della discussione della tesi, della prova scritta, della prova pratica e del *curriculum studiorum*. In riferimento alla composizione della Commissione, il decre-

to istitutivo, nelle norme generali (titolo I, art. 2.6), dispone che: La Commissione per l'esame finale è composta da non meno di sette e non più di undici membri nominati dal Rettore su proposta del Consiglio di Corso di Diploma, che indica almeno un membro in rappresentanza del Collegio professionale, ove esistente. Le date delle sedute sono comunicate ai Ministri dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica e della Sanità, che inviano esperti come loro rappresentanti alle singole sessioni.

I Presidenti dei Consigli di Corso di Diploma della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ancona ritengono che la Commissione debba essere composta da 9 membri di cui 7 proposti dal Consiglio di Corso di Diploma e 2 di nomina ministeriale e che la valutazione, come già riferito, debba essere espressa in settantesimi.





LUIGI ROSSINI

Farmacotossicologia Umana - I.M.O.

Riassunto

A seguito delle due recenti precedenti in aggiornamento della letteratura citata, ma alla quale si rimanda per ovvia completezza di informazione e comprensione, la presente rassegna rammenta le linee originali del Dottorato di Ricerca in Modellistica Biomedica, Farmacocinetica e Bioingegneria e dei raggiungimenti metodologici attualmente presenti e nelle esperienze tecniche raggiunte nei beni acquisiti all'Istituto di Medicina Sperimentale e Clinica dell'Ateneo dorico negli anni della sua attivazione. Senza escludere indicazioni epistemologiche sui valori didattici, pedagogici o meno della corrente "Medicina delle evidenze".

A - Premesse di introduzione

Jacques Le Goff, affidando a Paolo Rossi il compito di scrivere per la collana "Fare l'Europa" il libro "La nascita della scienza moderna in Europa", ha voluto sperare che si costruisse sulla storia del nostro patrimonio ideale: "la rivoluzione intellettuale caratterizzante è conseguita alla introduzione della *dimensione del tempo* nella considerazione dei fatti naturali", come "la storia ... alle immagini della scienza (vale a dire ai discorsi su ciò che la scienza è e deve essere), presenti nella cultura, che in molti casi esercitano un peso non trascurabile ... nella scelta dei problemi da risolvere entro la sterminata quantità di quelli aperti a un'indagine possibile"⁽¹⁾.

Lo straordinario significato del *temperamento* per la formazione dello stesso pensiero filosofico, per la prima volta estesamente trattato da William James, è stato discusso da Gustav Jung oltre l'*atteggiamento transitorio* del pragmatismo che, eliminando i preconcetti, prepara la strada all'attività creatrice, la via nuova indicata da Henry Bergson⁽²⁾. "A volte mi chiedo - scrive Albert Einstein - come sia accaduto che sia stato io a formulare la *teoria della relatività*. La ragione, credo, è che un adulto normale non si ferma mai a riflettere sui problemi dello *spazio e del tempo* perché queste sono cose su cui ha pensato da bambino. Ma il mio *sviluppo intellettuale* fu tardivo e di conseguenza io cominciai a interrogarmi sullo spazio e il tempo quando ero già adulto". E, ancora citato da John Barrow⁽³⁾, "Il *tempo* avanza a passo diverso - interpreta William Shakespeare - con diverse persone. Ti dirò con chi il tempo va d'ambio, con chi il tempo va al trotto, con chi va al galoppo, e con chi sta fermo".

Secondo alcuni l'evoluzione della complessità si sviluppa

nel *tempo*, che assume significato soltanto quando le variazioni di entropia sono manifeste. Ilya Prigogine e Isabelle Stengers hanno scritto che "soltanto quando un sistema si comporta in modo sufficientemente casuale può entrare nella sua descrizione la differenza tra *passato e futuro*, e quindi l'irreversibilità. ... La freccia del tempo è la manifestazione del fatto che il futuro non è dato, che, come osservò Paul Valery, il *tempo è una costruzione*"⁽⁴⁾. Interpretazione non confutata dalle recenti verifiche, misure che hanno associato la percezione del tempo ad un ordine sequenziale di eventi del mondo reale: nel cervello cosciente la comprensione del *prima* e del *dopo* dipende dalle conoscenze acquisite e dalle sequenze non arbitrarie di associazioni in corso di strutturazione che le rappresentano, di "working memories" colocalizzate; singole parole non soltanto possono esprimere concetti, ma incidono nella sequenza degli eventi in tempo reale⁽⁵⁾. In certi casi si è pervenuti ad accertare non solo l'inquadramento fenomenologico, ma ad identificare i meccanismi cellulari coinvolti, che ammettono la ricostruzione dell'informazione d'ordine temporale acquisita in forma di codifiche espresse da treni di oscillazioni coerenti proprie di popolazioni di aggregati neuronali di colocalizzazioni specifiche, che, in partico-

lare, presentano degradazione esclusiva della loro selettività quando sottoposti ad inputs convergenti desincronizzanti^(6a,b). Peraltro, la registrazione simultanea multicanale ha da lungo tempo ormai provato che il cervello, memorizzando dinamicamente l'informazione codificata da pattern funzionali multineuronali, guadagna in capacità integrativa non solo associandone le attività, ma predisponendo ed anticipando le *organizzazioni che presentino vantaggi di finalità*, una riconferma della ipotesi della cicloronia, formulata al tempo delle prime analisi delle riflessività comportamentali olistiche di radice pavloviana^(7a,b,c). La tendenza attuale, che accentra i processi educativi professionali superiori, in particolare l'insegnamento della Medicina, con riferimento alle cosiddette "evidenze", richiama le "Meditazioni" di Renato Descartes, che definiscono l'evidenza come "immediata testimonianza della ragione", avulsa "dalla fallace testimonianza dei sensi":

Domini del tempo e di frequenza in fenomeni biomedici*

PRIMA PARTE

(*) Finito di scrivere il 31.5.1999.





"l'evidenza e la chiarezza a mia conoscenza sono l'unico criterio che ci assicura della verità"; "è assolutamente certo e vero tutto ciò che la coscienza mi attesta in maniera chiara ed evidente", e "le verità sono in noi innate mentre avventizie sono quelle che ci vengono dai sensi"⁽⁸⁾. Il razionalismo e soggettivismo cartesiano ricade nel paralogismo ontologico ed è al tempo stesso "espressione apodittica di autofraintendimento ed inestirpabile paradosso, il maggiore di tutti gli enigmi" cui secondo Edmund Husserl, va ricondotta la crisi persistente delle scienze europee⁽⁹⁾.

È notorio fin dalle prime edizioni del Dizionario critico di Filosofia che l'evidenza, in senso inglese di significato molto più ampio che nelle altre lingue, si estende anche alla semplice testimonianza personale individuale, ed è ovvio che vada dimostrata se sia vera o falsa, se sottratta a ogni influenza dell'abitudine, del sentimento o della volontà, se sottoposta alle cause psicologiche o di natura logica, se, in definitiva possa assumere un valore oggettivo, sostanzialmente negato. "Bisogna dunque abbandonare completamente il criterio cartesiano dell'evidenza..."⁽¹⁰⁾.

L'aver ignorato tali premesse ha più di recente posto il quesito "Where the evidence for evidence based medicine?", con la conclusione che non è irrilevante conservare una vitale dose di scetticismo ogni qual volta qualcuno cerchi di proporci, appunto, una qualche "evidenza"⁽¹¹⁾. Con Giuseppe Verdi (Falstaff) la "realtà può essere inventata"; per Francesco De Sanctis nell'arte non ha significato distinguere il fatto storico da quello inventato; per Italo Calvino la letteratura tende a distinguere vari livelli di realtà. *Certamente le verità temporanee, ovvero i riflessi nell'immaginazione delle loro realtà, per evitare decadenza esigono, anche per l'insegnamento della medicina, se non altro ipotesi di verifica dei livelli di realtà dei modelli proposti.* Tutto ciò è rilevante per la stessa programmazione della didattica in Farmacocinetica, evoluzione della stessa Farmacologia⁽¹²⁾, chiamata come prima Cattedra dell'ordinamento nazionale presso l'Ateneo dorico, successivamente non più inserito nei programmi didattici del 1° triennio del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia il Corso già fondamentale⁽¹³⁾.

Lo stesso Commento editoriale dell'Organo ufficiale della Società Italiana di Medicina Interna è stato comunque cauto e limitativo sulla linea sbandierata, giudicata inconsistente⁽¹⁴⁾, si veda anche⁽¹⁵⁻¹⁶⁾; i problemi acuti sono ben altri, ad es.:^(17;18a,b,c).

Nei Corsi di cultura superiore non potremo accettare che l'evidenza sia degradata a mera opinione, tanto peggio se di sostegno popolare.

B - Elementi di riferimento dei domini spazio-tempo biomedici

In relazione alle dinamiche dello scorrere dei tempi ed alle instabilità critiche delle realtà fattuali, l'indagine svolta sulla più recente letteratura (animata dalle osservazioni personali, seminali, come esposte nelle due ultime rassegne^(19,20)), ha posto *in evidenza* soprattutto le modulazioni ed in una qualche modalità i determinismi delle ampiezze e periodi dei cicli di ogni espressione bio-medica, meccanismi ormai focalizzanti come è stato scritto ai livelli subcellulari, connessi a fluttuazioni metaboliche significative basilari per le stesse attività segnapassi meglio conosciute tramite i progressi delle metodologie elettrofisiologiche, estese più di recente ai cicli apoptotici. Nelle varie possibili tendenze di demarcazioni comportamentali sono coinvolti fenotipi spesso rappresentati in ambiti di variabilità di strutture recettoriali esemplificative quali canali ionici, classificate secondo specificità (tra i tipi) e selettività (tra i sottotipi), spesso associate ad espressioni geniche, parimenti identificate.

Oggi si dà forse maggiore rilievo nello sviluppo esplosivo attuale della scienza cronobiologica, affermato che "tutto è ritmico fino a quando sia provato il contrario" (cf.: 21-23) ai "Zeitgebers", generatori di sincronizzazione, ovvero agli "entrainments" ambientali esterni, essendo meno approfondita la gerarchia dinamica di quelli interni, peraltro accettati quali sempre più numerosi⁽²⁴⁾, anche confinati nella cute⁽²⁵⁾, per cui non vanno trascurate le valutazioni cronofarmacocinetiche degli stessi sistemi di somministrazione transdermici⁽²⁶⁾ come già per quelli ad es. della cabergolina o dell'entacapone nel Parkinson⁽²⁷⁻²⁹⁾, laddove la somministrazione intermittente di dobutamina nell'insufficienza congestizia cronica refrattaria, dimostratasi inefficace⁽³⁰⁾, andrà analizzata con disegni sperimentali meglio coerenti ed approcci esplorativi clinici-epidemiologici corrispondenti. Non può sussistere dubbio che le conoscenze basilari di neurobiologia dell'organizzazione temporale del comportamento e dell'adattamento ("timing"/"resetting"/"entrainment"/etc.) agli stessi ritmi circadiani debbano essere approfonditi oltre ad es. l'insonnia primaria⁽³¹⁾ ed i livelli inversi delle concentrazioni della melatonina nel sangue e della temperatura corporea centrale nei disordini globali di interesse inter-nistico endocrinologico, neurologico e segnatamente psichiatrico⁽³²⁾.

Le attività *uso-dipendenti*, acquisite per adattamento ed in risposta/reazione a condizioni fisiopatologiche esterne ("cues" ambientali) ed interne (carenze ed eccessi di esposizioni a substrati, farmaci e tossici; stress e contesti pre-





cedentemente fissati in cicli di apprendimento e memorizzazione con interazioni sempre più integrate, supracellulari e tendenzialmente centralizzate, già definite "metaplastiche" e proprie alle esperienze di "training" più lato quali tolleranza/adattamento, finestre "precoci" di dipendenza-astinenza e "crawling" e "tardive" di pre-condizionamento), e, in definitiva, con una definizione la più generale, i *fenomeni tempo-dipendenti* rientrano tutti nelle conoscenze stabilmente acquisite, identificate anzitutto nella funzione delle strutture (sub)cellulari discusse nelle rassegne citate. Per contro, si ritiene punto essenziale riesaminare qui se la *storia* precedente è proceduta con graduale continuità, oppure è stata caratterizzata da transizioni a salti di discontinuità dei fenotipi: in un modello di evoluzione analizzato al livello di conformazioni di RNA di trasferimento sono stati riscontrati periodi di apparente assenza di adattamento alternati a "tappe subitanee di rispondenza ad uno scopo", che nondimeno risultano fortemente condizionate dalla tipologia intrinseca cui si riconduce il "neutral genetic drift", piuttosto che dalle contingenze esterne⁽³³⁾. Nella fattispecie, il "cogito" cartesiano appare dunque sottoposto alla dinamica "epocale" del mutamento.

La rassegna ultima⁽²⁰⁾, proseguendo la linea originale, ha inteso soprattutto porre in risalto i meccanismi diversificati delle proprietà cellulari *metaplastiche* di rimodellamento e/o di adattamento con aumento del peso statistico dei contributi di singole sinapsi, descritti quali *Potenziamenti* e rispettivamente *Depressioni (Depotenziamenti)* di *lungo*, oppure di *breve* termine, che conducono ai fenomeni molecolari di sopra-("up") e rispettivamente sotto-("down") regolazione e/o sensibilità, dipendenza ed astinenza e loro eventuali cicli di rientro alla normalità standardizzata. Tutto ciò può raggiungere un significato di interesse definito sociale quando l'attrazione ("liking"), fase edonica della gratificazione che si rafforza con il premio, localizzata inizialmente nella mediazione prevalentemente dopaminergica del *nucleo accumbens* (nell'ambito dell'accezione dell'amigdala estesa), può essere dissociata dal "wanting" e "craving", che anticipano il "reward", alimentano e possono sostituire per condizionamento interno l'incentivo motivazionale ambientale rendendo i soggetti proni alle ricadute ("relapses"), fenomeni principalmente associati all'*area tegmentale ventrale* e mesolimbica.

Ebbene, la stessa *tossicodipendenza* in generale è caratterizzata dalla sovrapposizione dinamica di meccanismi molteplici, trascrizionali e post-, che si sviluppano in tempi rapidi (secondi-minuti), meno rapidi (fase acuta comportamentale) e di lungo termine (fase cronica tardiva), ma pos-

sono nelle varie sedi essere distinti nelle *successioni temporali* della *tolleranza* quale adattamento all'uso ed/o alla ripetizione dell'esposizione - con sensibilità iniziale che può essere elemento predisponente, segnalatore diagnostico delle *fasi successive* -, *eventualmente distinguibili anche in sedi locali differenti*, ove la maggiore astinenza può rappresentare un fattore potente intrinseco, negativo, di rinforzo aversivo.

Ogni agente di tossicomania agisce quale rinforzo per i comportamenti di ricerca e dell'autosomministrazione nel *nucleo accumbens*, primo centro di motivazione e gratificazione ("reward"), con fenomeni di approfondimento e memorizzazioni associate all'aumento della dopamina liberata sia per effetto diretto che indiretto, di soppressione del rilascio del GABA, (es.: oppioidi μ e σ), che di soppressione del rilascio del glutammato (es.: dinorfine e attivatori dei recettori κ), in entrambi i casi sbloccando l'inibizione e/o inducendo il *potenziamento di lungo termine* (LTP), elemento principale di riferimento dell'apprendimento e memorizzazione. E' la mediazione glutamatergica che sia nella corteccia cerebrale, come nell'ippocampo e nella stessa amigdala, agendo sull'*accumbens*, ne sostiene i cambiamenti più stabili. Particolari subunità delle strutture eteropentameriche dei canali ionici sia dei recettori glutamatergici - sottotipo NMDA, ove la glicina funge da co-agonista -(loro *inibizione*) che dei recettori GABA-A (loro *potenziamento*) risultano coinvolte nelle varie fasi della tolleranza e dipendenza sia all'etanolo⁽³⁴⁾ che ad altri agenti di tossicoassunzione e mania. L'acamprosato, sale calcico dell'acetil-omo-aurina, è confermato in grado di mantenere l'astinenza riducendone gli effetti aversivi associati alla diminuzione della componente dopaminergica selettiva mesolimbica ed all'aumento del *l*-glutammato del *nucleo accumbens*, ciò che comprova come le ripetute esposizioni di riattivazione glutamatergica assumano progressivamente significato di *richiamo interno sostitutivo* dello stesso agente tossicomaniogeno con sostegno di cambiamenti più stabili, proprii dei comportamenti dell'uso compulsivo.

Era atteso che l'aumento di numero di recettori GABA-A si associasse al potenziamento delle sinapsi inibitorie ippocampali⁽³⁵⁾, e che l'esplorazione spaziale inducesse una inversione persistente del medesimo LTP ippocampale (nel ratto; fenomeno di rapido "depotenziamento")⁽³⁶⁾. Per l'apporto sostanziale di altri canali ionici (parimenti pentamerici, come recettori colinergici del gruppo nicotinico) e di altre mediazioni si rimanda alla relazione⁽²⁰⁾. Oggi peraltro, oltre alle conoscenze ed *evidenze* già acquisite, si affacciano alla ribalta altri protagonisti, ad es... il sistema del pep-





tide nociceptina (detta anche orfanina FQ) il quale, sia per l'organismo intero che sui neuroni ippocampali, dimostra capacità di ridurre i processi di memorizzazione e di induzione dell'LTP (topi knock-out, privati del recettore della nociceptina imparano di più, presentano migliore memoria e dimostrano LTP più esteso^{(37)(°)}; inoltre, riduzioni di livelli cerebrali del neuropeptide Y, ottenuti per distruzione genica selettiva, risultano inversamente correlati al desiderio di assumere etanolo, cui sono meno sensibili per gli effetti sedativi-ipnotici-anestetici generali; l'opposto nei topi con espressione esagerata del gene NPY^{(38a,b)(°°)}. Infine, le GTP-asi della sottofamiglia delle proteine-cinasi attivate da mitogeni dipendenti da Ras già citati (19) svolgono nuovi ruoli significativi partecipando a processi LTP che di memorizzazione e plasticità neuronali⁽⁴⁰⁾.

Per tornare alle modulazioni GABA-A, esse nei neuroni piramidali dell'ippocampo del ratto mutano dopo la prima settimana di vita dalla de-polarizzazione di prevalente inibizione della permeazione degli anioni Cl⁻, con conseguenza di maggiore eccitamento iniziale, alla iper-polarizzazione rapida, stabile, dell'inibizione tipica dell'adulto, variazioni fenotipiche di opposta funzione riconosciute anche per la neurotrasmissione glicinerica e, di riflesso, alla glutamatergica NMDA-dipendente, associata agli scambi del calcio, il catione bivalente forse meglio caratterizzato. Nel complesso, tali fenomeni sono ricondotti ad una biforcazione omeostatica in cui interviene il trasportatore specifico denominato KCC2^(41a) del K⁺/Cl⁻ - il KCC1 è coinvolto nella più generale regolazione del volume cellulare - in equilibrio dinamico ed alternativo a quelli di scambio del Cl⁻ con bicarbonato e Na⁺ ioni. Essi si svolgono mediante eventi ritmici sinaptici associati a quelli intracellulari del Ca²⁺ più volte indicati^(41b), una prova in più che ogni evento di adattamento omeostatico, di strutturazione di neo-plasticità di reti neuronali, si svolge fundamentalmente con trends, descrivibili nei domini non solo di tempo, ma di frequenza.

(°) Nociceptina provoca iperalgesia ed ipolocomozione; suoi recettori presentano inibizione via proteina legante nucleotidi guaninici dell'adenilato ciclasi, con attivazione di certi canali del potassio ed inibizioni di taluni del calcio.

(°°) Il peptide ricco di tirosina stimola l'appetito, facilita apprendimento e memoria, modula la locomozione, inibisce convulsioni epilettiche regolando il rilascio del glutammato (39), produce ipotermia, inibisce il comportamento sessuale, attenua i sintomi dell'astinenza agli oppiati, aumenta la diuresi e natriuresi, abbassa la glicemia e riduce il rilascio di acetilcolina nell'ileo, scifta i ritmi circadiani, riduce l'ansietà via almeno cinque famiglie di recettori di cui i geni sono stati clonati.

A questo punto, ovvio che l'utilizzo della capsaicina (e/o altri vanilloidi anche più potenti e selettivi come resiniferatossina) può contribuire sostanzialmente a dirimere non solo questioni connesse al rilascio ed esaurimento di neuropeptidi, ma accoppiate alla termoregolazione, alla sensibilità a stress molteplici ed alle corrispondenti modulazioni metaboliche di variazioni cicliche di pH e di potenziali redox e fosforilativi intracellulari partecipi ai fenomeni più generali di adattamento e memorizzazione (cf.: 42), ciò che è in corso di analisi mediante modalità tecniche non invasive in fisiopatologia cardiovascolare nella nostra struttura e, per l'attività cerebrale, con l'applicazione della RMN-funzionale, nel gruppo consociato NRC di Winnipeg.

(1 - continua)

Citazioni

- 1) Rossi P., *La nascita della scienza moderna in Europa*, G.Laterza Ed., Roma, 1997;
- 2) Jung C.G., *Tipi Psicologici*, Boringhieri Ed., Torino, 1969;
- 3) Barrow J.D., *Teorie del tutto*, Oxford University Press, 1991; Adelphi Edizioni, Milano, 1992;
- 4) Prigogine I., Stengers I., *Order out of chaos*, Heinemann, London, 1994;
- 5) Münte T.F., Schiltz K., Kutas M., *When temporal terms belie conceptual order*, Nature, 395, 71-73, 1998;
- 6a) MacLeod K., Bäcker A., Laureant G., *Who reads temporal information contained across synchronized and oscillatory spike trains?*, Nature, 395, 693-698, 1998;
- 6b) Barinaga M., *Listening in on the brain*, Science, 280, 376-378, 1998;
- 7a) Rossini L., *Riflessi condizionati a stimoli termici*, Tesi di laurea, premio Pfizer 1957, Università di Torino;
- 7b) Rossini L., *Riflessi condizionati da stimoli termici nella cavia. I. Effetti della narcosi, dell'ipotermia e di farmaci psicotropi*, Arch. Sci. Biol., 46, 356-369, 1962;
- 7c) Born J., et al., *Timing the end of nocturnal sleep*, Nature, 397, 29, 1999;
- 8) Descartes R., *Meditazioni filosofiche*, G.B.Paravia Ed., Torino, 1938;
- 9) Husserl E., *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, EST Ed., Milano, 1997;
- 10) Lalonde A., *Dizionario critico di Filosofia*, ISEDI Ed., Milano, 1971;
- 11) Wilson C., *Where's the evidence for evidence-based medicine?* Scrip Magazine, 66, 7-8, 1998;
- 12) Rescigno A., *Fundamental concepts in pharmacokinetics*, Pharmacol. Res., 35, 363-390, 1997;
- 13) Rossini L., *Didattica vissuta e aggiornamento della "nuova tabella XVIII" - Settore scientifico disciplinare E07X - Farmacologia*, 1999, in stampa;
- 14) Gensini G.F., *La "medicina basata sulle evidenze"*, Ann.Ital.Med.Int., 11, 245-246, 1996;





- 15) Grahame-Smith D., *Evidence based medicine: Socratic dissent*, Br.Med.J., 310, 1126-1127, 1995;
- 16) Naylor C.D., *Grey zone of clinical practice: some limits to evidence-based medicine*, Lancet, 346, 840-842, 1995;
- 17) Kassirer J.P., *Incorporating patients' preferences into medical decision*, New Engl. J. Med., 330, 1895-1896, 1994;
- 18a) Lindpaintner K., *Genes, hypertension, and cardiac hypertrophy*, New Engl. J. Med., 330, 1678-1679, 1994;
- 18b) Cohn J.N., et al., *A dose-dependent increase in mortality with vesnarinone among patients with severe heart failure*, New Engl. J. Med., 339, 1810-1816, 1998;
- 18c) Stevenson L.W., *Inotropic therapy for heart failure*, New Engl. J. Med., 339, 1848-1850, 1998;
- 19) Rossini L., Bernardi M., Cavalieri L., Cintolesi F., Concettoni C., Fulgenzi G., Galeazzi G., Graciotti L., Jacussi M., Lamura E., Maurelli E., Moretti V., Moroni L., Pettinari F., Pignini P., Rossi C., Rossini P., Tonnini C., Violet C.A., Violet G., *Dinamiche dei cicli cellulari e dell'apoptosi: attuali riferimenti biomedici*, In: Tumori della mammella (aggiornamenti), Le monografie di Adria Medica, 1998, 32-56;
- 20) Rossini P., Galeazzi G., Rossini L., *Considerazioni di aggiornamento alle attuali conoscenze base in tema di tossicoassunzioni e tossicomanie*, Adria Medica, 1998, in stampa;
- 21) Arendt J., *Biological rhythms: the science of chronobiology*, J. Royal College Physicians London, 32, 27-35, 1998;
- 22) Rossini L., Bernardi M., *Cronobiologia applicata alla farmacotossicologia non invasiva di fluttuazioni metaboliche-segnapassi*, Società Italiana di Cronobiologia, Gubbio, 1-2 Giugno 1996;
- 23) International Congress on Chronobiology, Washington D.C., 28 Agosto - 1 Settembre, 1999;
- 24) Reppert S.M., *A clockwork explosion*, Neuron, 21, 1-4, 1998;
- 25) Campbell S., Murphy P., *Extraocular circadian phototransduction in humans*, Science, 279, 396-398, 1998;
- 26) Gries J.-M., Benowitz N., Verotta D., *Importance of chronopharmacokinetics in design and evaluation of transdermal drug delivery systems*, JPET, 285, 457-463, 1998;
- 27) Chase T.N., *The significance of continuous dopaminergic stimulation in the treatment of Parkinson's disease*, Drugs, 55, 1-9, 1998;
- 28) Fariello R.G., *Pharmacodynamic and pharmacokinetic features of cabercoline*, Drugs, 55, 10-16, 1998;
- 29) Troconiz I.F., et al., *Population pharmacodynamic modeling of levodopa in patients with Parkinson's disease receiving entacapone*, Clin.Pharmacol.Ther., 64, 106-116, 1998;
- 30) Elis A., et al., *Intermittent dobutamine treatment in patients with chronic refractory congestive heart failure: a randomized, double-blind, placebo-controlled study*, Clin.Pharmacol.Ther., 63, 682-5, 1998;
- 31) Attenburrow M.E.J., Dowling B.A., Sharpley A.L., Cowen P.J., *Case-control study of evening melatonin concentration in primary insomnia*, Br. Med. J., 312, 1263-4, 1996;
- 32) Moore R.Y., *Circadian rhythms: Basic neurobiology and clinical applications*, Annu. Rev. Med., 48, 253-66, 1997;
- 33) Fontana W., Schuster P., *Continuity in evolution: on the nature of transitions*, Science, 280, 1451-1455, 1998;
- 34) Chandler L.J., Harris R.A., Crews F.T., *Ethanol tolerance and synaptic plasticity*, Trends Pharmacol. Sci., 19, 491-495, 1998;
- 35) Nusser Z., Hajos N., Somogyi P., Mody I., *Increased number of synaptic GABA-A receptor underlies potentiation at hippocampal inhibitory synapses*, Nature, 395, 172-177, 1998;
- 36) Xu L., Anwyl R., Rowan M.J., *Spatial exploration induces a persistent reversal of long-term potentiation in rat hippocampus*, Nature, 394, 891-894, 1998;
- 37) Manabe T., et al., *Facilitation of long-term potentiation and memory in mice lacking nociceptin receptors*, Nature, 394, 577-581, 1998;
- 38a) Thiele T.E., et al., *Ethanol consumption and resistance are inversely related to neuropeptide Y levels*, Nature, 396, 366-369, 1998;
- 38b) Small C.J., Bloom S.R., *Cheap date*, Nature, 396, 313-314, 1998;
- 39) Vezzani A., Sperk G., Colmers W.F., *Neuropeptide Y: emerging evidence for a functional role in seizure modulation*, Trends Neurosci., 22, 25-30, 1999;
- 40) Orban P.C., Chapman P.F., Brambilla R., *Is the RAS-MAPK signalling pathway necessary for long-term memory formation?*, Trends Neurosci., 22, 38-44, 1999;
- 41a) Rivera C., et al., *The K⁺/Cl⁻ co-transporter KCC2 renders GABA hyperpolarizing during neuronal maturation*, Nature, 397, 251-255, 1999;
- 41b) Miles R., *A homeostatic switch*, Nature, 397, 215-216, 1999;
- 42) Kress M., Zeilhofer H.U., *Capsaicin, protons and heat: new excitement about nociceptors*, Trends Pharmacol. Sci., 20, 112-118, 1999.





Università degli Studi di Ancona

30°

dalla fondazione

Seminario di Storia della Medicina

Sabato 26 giugno 1999

Nuovo complesso didattico di Torrette di Ancona

Ore 9,30 *Apertura*

Interventi del Prof. Ing. Marco Pacetti, Rettore, e
del Prof. Tullio Manzoni, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia

Ore 9,45 *Lettura*

La rivoluzione scientifica del XVII secolo

Luciana Angeletti, professore ordinario di Storia della Medicina, Università "La Sapienza" di Roma.

Moderatore: Giovanni Danieli

Ore 10.30 Caffè

Ore 11.00 *Tavola rotonda su*

Medicina nelle Marche, storie parallele

Giuseppe Armocida, Varese; Graziella Beretta, Pesaro; Italo D'Angelo, Ancona; Luigi Falaschi, Camerino; Olivio Galeazzi, Marina di Montemarignano; Gilberto Piccinini, Falconara; Alfredo Serrani, Fermo.

Coordinatore: Francesco Orlandi

Ore 13.15 Chiusura





A CURA DI UGO SALVOLINI

SEDUTA DEL 13/05/1999

Il Rettore ha comunicato che una studentessa del nostro Ateneo, laureatasi in Ingegneria Elettronica, ha vinto il prestigioso premio "Marisa Bellisario".

Il Rettore ha presentato una prima relazione predisposta dalla Commissione Consiliare per la rilevazione dei carichi di lavoro. E' stato identificato un capitolo di spesa specifico per il miglioramento della sicurezza degli ambienti di lavoro, all'interno del titolo 7 uscite, con uno stanziamento di 250.000.000.

Sono stati deliberati assegni di ricerca, nell'ambito di quanto assegnato alle singole Facoltà.

E' stata approvata la realizzazione di due rassegne cinematografiche da tenersi presso la sede della Facoltà di Economia. E' stata approvata la produzione di un CD celebrativo dei 30 anni della Università, contenente brani di concerti dell'Aula Magna.

Viene approntata la organizzazione della ospitalità per i partecipanti al Workshop Nazionale sulla ristrutturazione della Facoltà di Medicina, da tenersi l'11 e 12 giugno.

Deliberato anche l'aggiornamento della rete informatica di Ateneo, con conseguente maggiore velocità di accesso ad Internet.

E' stata approvata una convenzione biennale del Centro di Risonanza Magnetica con la Azienda Ospedaliera Umberto I°.

E' stata apportata la modifica del regolamento *part time* studenti per quanto riguarda i portatori di *handicap*.

Sono state apportate modifiche all'art. 63 dello Statuto.

E' stato espresso parere favorevole alla costituzione del Centro Interdipartimentale di Servizi "Educazione Sanitaria e promozione della salute".

E' stata anche deliberata la delega a sottoscrivere una convenzione con i Ministeri coinvolti per la assegnazione di obiettori di coscienza, fino ad un massimo di 30.

Ulteriori notizie dettagliate sulle decisioni possono essere reperite presso il sito web <http://www.wcsi.unian.it> "CDA INFORMA".

SEDUTA DEL 17/06/ 1999

Fra le comunicazioni del Magnifico Rettore, Prof. Marco Pacetti segnaliamo:

- E' stato rieletto Preside della Facoltà di Ingegneria per il prossimo triennio il Prof. Giovanni Latini.
- Il Comitato Regionale di Coordinamento riunitosi il 15

u.s. ha dato parere favorevole per l'istituzione dei seguenti diplomi: - D.U. in Ingegneria Edile; - D.U. in Economia e Gestione dei Servizi Turistici; - D.U. in Enologia e Viticoltura.

- Da lunedì 21 giugno riprendono le procedure di votazione per la elezione dei Commissari per i concorsi dei professori e ricercatori.

Fra le deliberazioni approvate ricordiamo:

- Le Facoltà sono autorizzate a utilizzare per il funzionamento delle apparecchiature multimediali una quota non superiore al 5% (€ 20.000.000) della somma di € 400.000.000 assegnata a ciascuna Facoltà.
- Assegnato ai Centri di Presidenza per il funzionamento dei DD.UU. l'importo di € 456.000.000 per l'attivazione e il funzionamento dei seguenti DD.UU.: Fisioterapista, Infermiere, Ortottista-Assistente di Oftalmologia, Ostetrica/o, Tecnico di Neurofisiopatologia, Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico.
- Il Consiglio di Amministrazione, in vista dell'approvazione da parte del Senato Accademico del nuovo regolamento di funzionamento dei dottorati di ricerca, si è impegnato a finanziare n. 53 borse di studio per dottorato di ricerca facendo gravare la spesa per 40 borse sul fondo che, sulla base storica il MURST metterà a disposizione, e per 13 borse su fondi da reperire mediante manovra di bilancio.
- Autorizzata la realizzazione di una rete trasmissione dati presso il Polo Universitario di Torrette per una spesa di € 201.235.482 (IVA ed imprevisti compresi).
- Autorizzata la creazione di software personalizzato per l'Istituto di Clinica Medica Generale, Ematologia ed Immunologia Clinica.
- Approvata la soppressione della convenzione attuativa con l'Azienda Ospedaliera "Salesi" della Clinica Otorinolaringoiatra.
- Approvati i protocolli d'intesa relativi a Diplomi Universitari di area sanitaria.
- E' stata approvata la ripartizione risorse derivanti dall'attività conto terzi che viene espletata dalle Cliniche e Servizi convenzionati all'interno delle strutture aziendali.
- E' stata attribuita l'indennità di cui all'art. 31 del D.P.R. 761/1979 alla Prof.ssa Maria Montroni.

Le delibere del Consiglio di Amministrazione



I Modena City Ramblers ad Ancona

Il 30 Giugno è organizzato dall'ACU Gulliver il prossimo, atteso, *GULLIVEROCK Festival!*, con la partecipazione dei Modena City Ramblers e di quattro gruppi locali a fare da spalla (Ludus, Spreadmind, Mercanti di Sogni, Hombre all'ombra). Il concerto fa parte delle attività culturali promosse e finanziate (in parte) dall'Università e dall'ERSU e rientra nelle ormai tradizionali e immancabili iniziative del *Gulliver*. Lo sforzo organizzativo è stato quest'anno notevole, considerando il livello del Gruppo che si esibirà e la massa di giovani (speriamo non solo loro), che accorreranno.

L'idea originaria era quella di sfruttare l'occasione per "inau-

gurare" l'ex caserma Villarey, nuova sede di Economia, con un evento *dei giovani*; tuttavia questo progetto è andato in fumo per problemi di sicurezza (le uscite sono poche rispetto la massa di persone che il piazzale può contenere); il concerto si terrà perciò nel parcheggio di Agraria. Per gli universitari di Ancona l'entrata è gratis (occorre comunque ritirare il biglietto omaggio in una delle alette Gulliver), per gli esterni il biglietto costa L.5000. L'incasso verrà devoluto in beneficenza all'iniziativa "Per una scuola di Pace", promossa dalla Provincia di Ancona e dai Sindacati Scuola.

ACU Gulliver





BERNARDO NARDI
Clinica Psichiatrica

Il 29 maggio 1999 si è tenuto presso l'Aula Magna della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona il Convegno: "La psicoterapia cognitiva sistemico processuale nei disturbi depressivi adolescenziali".

Sono intervenuti il Prof. Franco Angeleri, Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Ancona, il Prof. Gabriele Borsetti, Direttore della Clinica Psichiatrica dell'Università di Ancona, il Prof. Mario Reda, Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università di Siena, il Dr. Bernardo Nardi, Docente di Psicopatologia nella Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Ancona, il Dr. Furio Lambruschi, Docente di Psicologia Clinica dell'Università di Urbino, il Dr. Giorgio Pannelli, Psichiatra Psicoterapeuta, e il Dr. Marco Brandoni, della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Ancona.

Oltre ai relatori sono stati presenti il vice-presidente del Consiglio della Regione Marche Dott. Ciccio, il Presidente del Tribunale per i minorenni delle Marche Dott.ssa Del Conte, il Procuratore della Repubblica presso il Tribunale dei Minorenni Dott. Cuccaro con il Sostituto Dott. Venarucci.

Scopo del Convegno è stato quello di fornire un contributo conoscitivo sulla depressione adolescenziale distinguendo gli abbassamenti fisiologici del tono dell'umore da quelli patologici e prospettando, attraverso gli strumenti conoscitivi e d'intervento del cognitivismo sistemico processuale, criteri efficaci sia a livello preventivo che terapeutico.

La depressione adolescenziale riveste infatti un'importanza critica sia sul piano quantitativo (la sua incidenza clinica viene valutata tra il 3% e l'13% ma è sicuramente sottostimata), sia, soprattutto, su quello qualitativo.

Essa rappresenta la zona d'ombra del disagio adolescenziale: meno eclatante, meno dirompente, meno visibile rispetto ad altre manifestazioni di disagio giovanile ma, proprio per questi motivi, ancora più rilevante e critica nei suoi effetti e nei suoi possibili sviluppi.

Da un lato, nelle sue manifestazioni "fisiologiche", essa appare fondamentale nella maturazione della personalità e nell'acquisizione di un senso di sé e del mondo sempre più duttile ed articolato, fornendo scenari adattivi di ciò che è reale e di ciò che è sogno, di ciò che appare conseguibile e di ciò che non può esserlo.

Dall'altro lato, nelle sue manifestazioni "patologiche" (ed esiste un *continuum* tra "normalità" e "patologia"), la depressione adolescenziale può interferire, talora in modo brusco e drammatico, con le potenzialità evolutive individuali, fino ad arrestarle, producendo pesanti ripercussioni sull'intero ciclo di vita successivo, sotto il profilo della realizzazione professionale, di quella affettiva e, più in generale, della progettualità.

A questo proposito, i tradizionali approcci alla depressione adolescenziale risultano ancora in ampia misura insoddisfacenti, sia sul piano nosografico che su quello terapeutico, ed appaio-

no, oltre tutto, non adeguatamente calibrati per le complesse dinamiche evolutive tipiche dei soggetti nel periodo adolescenziale.

L'approccio cognitivista, nei suoi più moderni orizzonti sistemico-processuali e costruttivisti, ha consentito notevoli avanzamenti sia sul piano epistemologico che su quello della pratica clinica, e sta aprendo nuove ed ulteriori prospettive.

Facendo seguito all'introduzione ai temi del Convegno, fatta da Franco Angeleri e Gabriele Borsetti, Mario A. Reda ha offerto un ampio ed articolato aggiornamento sui progressi compiuti dalla ricerca cognitiva e sulla loro influenza, non solo nel campo strettamente psicoterapeutico, ma anche per gli spunti forniti alla comprensione del funzionamento psichico e del comportamento umano.

Partendo dalle dinamiche evolutive finalizzate nel ciclo di vita individuale alla costruzione ed al mantenimento della coerenza interna, il contributo di Furio Lambruschi ha analizzato l'importanza ed il valore adattivo della relazione di attaccamento, di cui alcune specifiche modalità sono significativamente correlate al rischio di insorgenza di episodi depressivi.

I nessi tra organizzazione di significato personale ed il "sintomo" depressivo (che hanno trovato ampio spazio nel contributo presentato dallo scrivente), hanno consentito al nostro gruppo di prospettare un nuovo inquadramento nosografico della depressione adolescenziale, che permette di mettere a fuoco i peculiari assetti emozionali e cognitivi sottesi dai sintomi depressivi e di operare interventi mirati sulle modalità soggettive disturbanti di assimilare l'esperienza.

Mediante l'approccio sistemico-processuale, sono state infatti da noi distinte *tre diverse forme di depressione adolescenziale*, associate a *differenti tipi di attaccamento*:

1) *Depressione di Tipo I (forma con evitamento dell'esporsi)*; è caratterizzata da una personalità dai confini incerti e indefiniti, con tendenza ad evitare ogni confronto emotivamente significativo con l'altro (depressione a lettura esterna, corrispondente ad uno stile di *attaccamento ansioso resistente o coercitivo*).

2) *Depressione di Tipo II (forma con senso di inutilità)*; si connota per un primitivo e marcato senso di inadeguatezza e di fallimento per ogni iniziativa personale (depressione a lettura interna, corrispondente ad uno stile di *attaccamento ansioso evitante o difeso*).

3) *Depressione di Tipo III*. Costituisce una *categoria residuale* e comprende:

a) forme, più numerose, con caratteristiche comuni ai due tipi precedenti o con aspetti atipici non inquadrabili in uno di

La depressione negli adolescenti





essi; corrispondono generalmente ad uno stile di *attaccamento ansioso resistente* con aspetti anche di tipo *evitante* (*Tipo III-a: forme miste, con evitamento del confronto e senso di negatività personale*);

- b) forme, meno frequenti ma sufficientemente omogenee, caratterizzate da una lettura di sé antitetica e spiccatamente interna (*Tipo III-b: forme ambivalenti*), con senso di negatività personale legata all'incapacità di rispondere ad una perfezione interna tanto cercata quanto vissuta come irraggiungibile; corrispondono ad uno stile di *attaccamento difeso* di tipo *genitoriale o coercitivo*.

Le nuove conoscenze cognitive hanno consentito la messa a punto di più duttili, mirati e specifici protocolli di intervento, migliorando ulteriormente una percentuale di efficacia stimata già per i tradizionali approcci cognitivo-comportamentali al di sopra del 65% dei casi trattati. In proposito, il contributo di Giorgio Pannelli ha offerto una sintesi critica di come la psicoterapia cognitiva sistemico-processuale possa essere vantaggiosamente utilizzata nel trattamento delle depressioni nell'età adolescenziale, mentre nel contributo di Marco Brandoni sono stati presi in esame modalità, utilità e limiti dell'associazione tra psicoterapia cognitiva e farmacoterapia negli adolescenti depressi, contenendo i limiti di una "medicazione" rigida e non sempre giustificata.

La Clinica Urologica organizza il Convegno internazionale

Radical Prostatectomy and Today's Alternative Treatment Options

Relatori: Prof. M. Polito, G. Muzzonigro, U. Engelman, G. Jakse, S.W. Dogget et all.

2 luglio 1999 - ore 19.00

Jolly Hotel

3 luglio 1999 - ore 8.30

Polo Didattico Scientifico - Torrette di Ancona

Segreteria Organizzativa:

Clinica Urologica dell'Università di Ancona
Azienda Ospedaliera "Umberto I"
Largo Cappelli, 1 - 60121 Ancona
Tel. : 071-202642 - Fax: 071-2070501
E-mail: clinuro@popcsi.unian.it





ANTONIO BENEDETTI

Clinica di Gastroenterologia

È stata la formula del I Corso di Perfezionamento in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva di Urgenza, Università di Ancona.

I problemi digestivi costituiscono una delle tre cause più frequenti di urgenza ed emergenza medica, con un impatto di prima grandezza per il Sistema Sanitario. Essi sono tema ricorrente di congressi ed articoli specialistici, ma un Direttore Generale di Azienda non troverebbe disponibile un *master* od altro titolo certificante una competenza medica specifica, pur così preziosa per le esigenze del territorio. La Clinica di Gastroenterologia di Ancona e la Società Italiana di Endoscopia Digestiva (SIED Marche) hanno realizzato il primo corso di questo tipo. Esso si è svolto tra il 18.12.1998 ed il 19.03.1999, 54 ore complessive di seminari ed esercitazioni in 9 venerdì dalle 10 alle 18, venti medici ospedalieri.

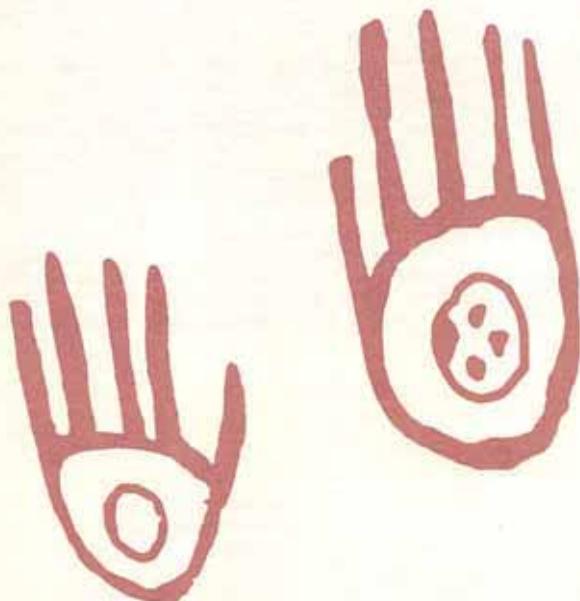
Due terzi del Corso sono stati dedicati all'apprendimento di gestualità di tecniche diagnostiche e terapeutiche legate all'urgenza: *Basic ed Advanced Life Support* su manichini computerizzati per la rianimazione cardiopolmonare, ed in tempo reale emostasi endoscopica (sclerosi, clip, termocoagulazione, laser), dilatazione e protesi esofagee, papillosfinterostomia ed estrazione endoscopica di calcoli biliari, protesi coledociche e pancreatiche, enteroscopia, TIPS ed altre procedure. È stato determinante per questa didattica in tempo reale l'apporto dei Docenti P. Pelaia, A. Salvi, E. Brunelli, R. De Franchis, G. Macarri, C. Marmorale, G. Passalacqua, Felice, e particolarmente efficace, è stata la teleconferenza SIED del 15 gennaio con l'Endoscopia del San Paolo di Milano, una vivace discussione di casi clinici.

Interesse egualmente elevato hanno avuto i seminari di inquadramento clinico dedicati allo shock emorragico e settico, alla ischemia intestinale, alla necrosi acuta del fegato ed al trapianto di urgenza, agli squilibri idrosalini, alle urgenze esofagee, gastroduodenali, epatiche e biliari, nelle MICI, nelle malattie del metabolismo, all'addome acuto, al supporto nutrizionale, alla laparoscopia di urgenza, alle pancreatiti acute, alle complicanze endoscopiche ed agli aspetti legali. L'interesse è stato legato alla competenza dei Docenti A. Rappelli, F. Alò, P. Fulgheri Dessi, A. Fianchini, U. Braccioni, P. Burra, E. Landi, A. Benedetti, I. Testa, G. Svegliati Baroni, F. Feliciotti, G. Cavallini, U. Saba, F. Cosentino, D. Rodriguez.

Ha organizzato e diretto l'intero Corso Giampiero Macarri, Presidente SIED-Marche, assieme a Giuseppe Feliciangeli. Francesco Orlandi ha chiuso i lavori ringraziando docenti e discenti per il grande impegno ed entusiasmo.

Il Corso ha costituito un'esperienza di formazione professionale nuova, ispirata ai problemi piuttosto che alle competenze settoriali, nella quale sono sfumati i confini tra Gastroenterologia, Chirurgia Generale, Medicina Interna, Medicina d'Urgenza, Anestesia e Rianimazione, Cardiologia e quant'altre discipline. Un'esperienza gratificante che sembra da ripetere, sempre nello stesso spirito multidisciplinare.

**Nove venerdì
di immersione
in clinica**





AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

LUGLIO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
1-lug	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradio	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
2-lug	14.00/15.00	Aula Didattica Reumatologia- Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
6-lug	14.00/16.00	Aula Cattedra di Igiene- Polo didattico Torrette	Igiene degli alimenti: ristorazione collettiva	Prof. M.M. D'Errico	DS: GG
8-lug	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
9-lug	14.00/15.00	Aula Didattica Reumatologia- Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
12-lug	13.00/15.00	Polo Didattico Torrette- A3	Clinical Round di citopatologia e gastroenterologia	Prof. F. Orlandi, A. Benedetti	DS: H; DD; R; D
13-lug	14.00/16.00	Aula Cattedra di Igiene- Polo didattico Torrette	Igiene degli alimenti: tossinfezioni alimentari	Prof. M.M. D'Errico	DS: GG
15-lug	18.00	Aula Didattica Az. Osp. "G. Salesi"	Indicazioni all'isterectomia vaginale	Prof. G.G. Garzetti	DS: D, I, V, AA
15-lug	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
16-lug	14.00/15.00	Aula Didattica Reumatologia- Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
20-lug	14.00/16.00	Aula Cattedra di Igiene- Polo didattico Torrette	Igiene degli alimenti: la normativa ed i comportamenti	Prof. M.M. D'Errico	DS: GG
22-lug	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
23-lug	14.00/15.00	Aula Didattica Reumatologia- Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
29-lug	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	DS: A; P; EE
30-lug	14.00/15.00	Aula Didattica Reumatologia- Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF

DL: Diploma di Laurea DU: Diploma Universitario 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 II - n. 6 - Giugno 1999 Aut. del Tribunale di Ancona n.17/1998 sped. in a.p. art. 2 comma 20/C legge 662/96 Filiale di Ancona

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli

Direttore Editoriale

Tullio Manzoni

Comitato di Redazione

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

Progetto Grafico
Impaginazione
Stampa

Lirici Greci
Antonio Lepore
Errebi srl Falconara