



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

# LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ANCONA

Congresso annuale della Facoltà di Medicina e Chirurgia

## Il Metodo Clinico, oggi

da Augusto Murri alla Medicina Basata sulle Evidenze

*Presentazione di Tullio Manzoni, Preside della Facoltà*

*Relazioni di Vito Cagli, Giovanni Danieli, Giovanni Federspil,  
Giovanni Pomponio, Cesare Scandellari, Luciano Vettore*

*Conclusioni di Claudio Rugarli*

**Ancona 17 giugno 2000**

**ore 9,30-13,30**

Sede della Facoltà - Via Tronto, 10 - Torrette di Ancona

Segreteria: Sig.re Daniela Pianosi, Daniela Venturini

Tel. 071/2206101 - Fax 071/2206103

E-mail: [istdinmedan.amm@popcsi.unian.it](mailto:istdinmedan.amm@popcsi.unian.it)



### EDITORIALE

Qualità visibile e qualità invisibile 2

### OSSERVATORIO

Il Dipartimento in Sanità: evoluzione normativa 8

### VITA DELLA FACOLTÀ

- I nuovi Docenti 12

- Ricordo di Cesare Vecchi 13

- Corsi Monografici 14

- A Medicina, di sera 15

- Forum - Videoconferenza 16

- Corso di perfezionamento in Medicina Basata  
sulle Evidenze 17

LE DELIBERE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE 18

APPUNTI DAL SENATO ACCADEMICO 19

### STORIA DELLA MEDICINA

- Donne nella Medicina accademica 22

- Anniversari accademici 23

### NOTIZIE DALL'ATENEO

- Centro servizi multimediali ed informatici 24

- Centro di Ateneo di documentazione 27

- Regolamento sulle incentivazioni 30

AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO 31



## Qualità nella Cura della Salute della Persona

In termini di significato e di definizione, l'argomento Qualità nella Cura della Salute della Persona può essere pensato come un sistema complesso a causa del fitto intreccio delle variabili interpretative e a causa della incapacità di contenere il suo concetto entro confini stabili. Inoltre, la difficoltà di possederne la definizione, aldilà di una banale intuizione soggettiva, deriva dalla non univocità di significato di ciascuno dei sostantivi che compongono l'enunciato e dalla relazione complessa che li connette.

Infatti, i concetti di Qualità, Cura, Salute, Persona e la connessione tra loro hanno avuto criteri di interpretazione e risultati di definizione fortemente condizionati dalle diverse origini e prospettive culturali con cui sono stati affrontati. Era abbastanza naturale che a questo magma di significati si applicasse puntualmente il principio dominante del

## Qualità visibile e qualità invisibile

Direzione Generale  
Azienda Ospedaliera Umberto I  
Polo Ospedaliero Universitario  
Ancona

senso comune della nostra cultura "occidentale" che consiste nella convinzione che tutto ciò che esiste, esiste in una certa quantità e, dunque, può essere misurato. E' opinione diffusa e convinta che sia esistente, reale e credibile solo ciò che può

essere ingabbiato dalla misura, mentre tutto il resto, che poi è la maggior parte, sia inesistente, ideale, incredibile in quanto appartenente al mondo delle favole, dei miti, della superstizione e della religione!

La nostra è una fede che annuncia il visibile.

## Dalla Qualità invisibile alla Qualità visibile: una cultura di importazione

La crociata contro l'invisibile ha investito la Qualità nella Cura della Salute della Persona.

Da una Qualità sintetica, intuibile e istintiva si sta passando ad una Qualità analitica e comprensibile, da una Qualità in formato "analogico" ad una Qualità in formato "digitale", insomma dalla dea Qualità si sta passando ad una Qualità secolare e laica.

Questo violento processo di misurazione si è reso evidente con molteplici fenomeni:

- la nascita da una costola della Epidemiologia Clinica di una vera e propria Disciplina specialistica sulla Qualità,

- la fondazione di una Società Scientifica dedicata alla sua revisione e verifica (VRQ),
- le norme, le disposizioni e le sanzioni per assicurarla,
- le autorizzazioni, le certificazioni e gli accreditamenti delle strutture,
- gli interi capitoli dedicati alla programmazione delle azioni di promozione della qualità nei Piani Sanitari,
- gli organigrammi aziendali per presidiarla sotto forma di Gruppi di Verifica Qualità, Referenti, Commissioni ecc.,
- addirittura la istituzione burocratica di Uffici della Qualità, fino alla Carta dei Servizi.

Non è trascurabile notare che la Disciplina della Qualità ha un lessico anglosassone: *Total Quality Management*, *Continous Quality Improvement*, *Technology assessment*, *Quality Assurance*, ecc.

Noi, quali persone provenienti dall'Antica Grecia, dall'Antica Roma, Cristiani, Rinascimentali e Romantici, geneticamente portati alla speculazione astratta, alla poesia, alla musica, al misticismo per conoscere, ci poniamo in uno stato di minorità di fronte alla nuova disciplina, alle nuove definizioni e al nuovo lessico, tristemente consapevoli di essere invasi fatalmente da una cultura di importazione.

Le nuove e forti divinità in inglese scalzano le vecchie e deboli divinità in greco e in latino che pure sono sopravvissute dentro di noi per tanti secoli come luci di riferimento dell'esistenza e del giudizio.

Non resta che chiederci come reagire e come contribuire, nella cultura del mercato globale delle idee, alla interpretazione della Qualità nella Cura della Salute della Persona. Ma forse è troppo tardi: sono gli stessi "invasori anglosassoni" che stanno rivisitando il nostro stesso patrimonio negletto e ce lo stanno riproponendo sotto forma di Corsi intensivi di management, forti di lucide e appassionate ri-visitazioni psicologiche e poetiche per ri-orientare la Qualità nelle Aziende impegnate nella Cura della Salute della Persona anche nei Paesi che si affacciano sul vecchio Mediterraneo! Una prova scottante della nostra decadenza!

## La via dell'invisibile nel visibile: la performance

Una ulteriore dimostrazione della ossessione di quantizzare la qualità è data da ciò che viene considerato prodotto finale del Sistema Qualità che consiste, appunto, nella "quantità di salute aggiunta", quale risultato della sintesi di un processo di miglioramento continuo della organizzazione del sistema (TQM) e della performance professionale nel sistema (QA).





Ciononostante, è interessante soffermarsi sul significato della parola inglese performance.

Performance vuol dire prestazione, ma anche interpretazione e rappresentazione.

Questo significato sintetizza bene il messaggio per i professionisti circa lo stile della prestazione medica che non può prescindere dalle necessità di chi la subisce, così come un attore non può prescindere dalle aspettative del suo pubblico per ottenere gli applausi finali.

Stile, interpretazione, rappresentazione della Medicina non possono essere solo unilaterali, tecniche e cliniche, ma piuttosto basate sull'attivazione di una tensione bidirezionale Medico Malato di percepire e di essere percepiti. Insomma, bisogna essere feriti per saper guarire, così come lo era il centauro Chirone, il primo grande guaritore del mito iatrico.

Tutto ciò è suggestivo da essere teorizzato nostalgicamente nella dimensione del mito, certo molto più difficile da essere praticato nel groviglio dei vincoli culturali e strutturali in cui si dibatte una professione medica talvolta svilata e comunque diseducata al significato della propria esistenza e del proprio valore sociale.

### La Qualità misurata: quali conseguenze?

Un'espressione del benefico o malefico delirio di quantizzare la Qualità sono gli indicatori.

Un esempio di una loro massiccia e recente applicazione ci viene dai risultati ottenuti dal Sistema Sanitario inglese (*National Health Service*) nel corso del 1999, su tutte le strutture sanitarie del Regno Unito.

Ben 41 indicatori di performance di alto livello e 10 indicatori clinici sono stati applicati per la valutazione misurata del miglioramento della salute, dell'accesso imparziale alle strutture, delle cure efficaci e appropriate, dell'efficienza, dell'esperienza vissuta dai pazienti e dai loro parenti nell'impatto con il Sistema Sanitario e dei risultati in salute sulla popolazione in generale.

A cosa porteranno queste operazioni?

Sono molti gli interrogativi sui possibili risultati e sulle possibili conseguenze.

- Una semplice giustificazione governativa degli investimenti economici?
- Un'esercitazione intellettuale degli addetti ai lavori?
- Una sofisticata operazione di make up per soddisfare "il cliente"?
- Una necessaria selezione dei casi da curare e di quelli da non curare in nome delle risorse disponibili decisa dai non malati?

- Una competizione, manifesta o subdola, tra professionisti e strutture che produce azioni mediche distorte, se non addirittura manipolazioni degli indicatori numerici?

O piuttosto:

- Nuovi, oggettivi e meditati argomenti per la distribuzione delle risorse destinate ai servizi sanitari nel territorio di competenza e nelle popolazioni?
- Uno strumento di riferimento operativo comunque rispettoso dei bisogni attesi dalle singole persone?
- Una presa di coscienza dei medici di non essere più i soli al letto del Paziente?
- Uno stimolo per una reazione di orgoglio professionale del medico che da disorientato personaggio in cerca d'Autore divenga un grande interprete della sua parte accanto ai tanti attori che calcano l'attuale palcoscenico della Medicina?
- Un concreto punto di partenza per l'acquisizione diffusa di una cultura e di una metodologia di continuo miglioramento della qualità in Sanità?

Credo che, nell'operare in Medicina, si passerà attraverso un periodo di coesistenza tra i risultati conseguenti alle cattive e alle buone intenzioni, ma, alla fine, le forze buone della misura prevarranno su quelle cattive.

### Il Medico e la Disciplina della Qualità

Prima di tentare una risposta di sintesi ai dubbi e alle speranze che derivano dalla filosofia della misura della Qualità nella Cura della Salute della Persona è forse opportuno soffermarci sulla *Quality Assurance* e considerare il basso interesse del medico nei suoi confronti.

*Quality assurance* significa assicurazione, promessa formale, fiducia, sicurezza di qualità.

Questo concetto di assicurazione nella nostra tradizione mediterranea è anch'esso un concetto di importazione piuttosto recente.

E' noto come negli Stati Uniti da tempo si manifesti una sorta di ossessione della sicurezza sotto forma di un diffuso ricorso a Compagnie Assicuratrici che si contendono un mercato aggressivo e a gigantesche Case Farmaceutiche pronte ad intervenire per tenere lontana la morte.

Fino a pochi decenni fa nella nostra tradizione la morte non era esclusa e la società non aveva rifiutato di prevederne l'eventualità anche nel contesto dell'atto medico, da ciò la scarsa sensibilità alla assicurazione della qualità in Medicina.

Ma le nostre tradizioni sono state travolte dall'onda della ossessione della sicurezza che ha raggiunto la società sotto forma di uno sforzo costitutivo di un forte Sistema



Sanitario Nazionale, ma che ha anche prodotto una diffusa concezione semplicistica di rifiuto della morte con reazioni isteriche anche di fronte alla evoluzione naturale delle malattie.

Il medico, educato nelle fortezze universitarie della scienza, è come una roccia ferma investita dalla corrente; non rotola a valle nel tentativo di moderare il flusso insano della ossessione della sicurezza; non tenta di cogliere ciò che c'è di buono nella misurazione e nel continuo miglioramento della qualità dell'assistenza (*Quality Assurance*); è come stordito di fronte alla messa in discussione del suo operato; crede ancora di esercitare la sua missione nel mondo psicologico in cui vi era la consapevolezza e l'accettazione di un'esistenza necessariamente limitata; si ferma ai preliminari della qualità, cioè alla valutazione delle tecnologie in sé, alla *Technology Assessment*.

E' questa la sua dimensione familiare, oltre la quale non va. E' la dimensione della ricerca di base, della ricerca clinica, della sperimentazione; è la dimensione dei trionfi della medicina o meglio dei trionfi delle tecnologie mediche.

Il valore di questa qualità preliminare, valido anche per la carriera, si misura con il numero di pubblicazioni, congressi, conferenze, seminari e con l'*Impact Factor* e il *Citation Index*.

Certo, la fase della *Technology Assessment* è indispensabile per il progresso della Medicina, ma non si dovrebbe trascurare il fatto che l'annuncio di quei trionfi ottenuti "in laboratorio" rafforzano nella Comunità l'onda della ossessione della sicurezza e il rifiuto della morte, se non sono ricondotti nel contesto delle aspettative "sul campo" delle persone della Comunità stessa.

E allora, come può il medico di oggi prescindere dalla valutazione dell'impatto di quei trionfi sull'assistenza delle persone?

Come può il medico di oggi prescindere dalla misura dell'appropriatezza nell'uso di quelle stesse tecnologie piene di successo "in laboratorio"?

Come può il medico di oggi prescindere dall'avviare pazientemente e scientificamente nel suo ambiente di lavoro il noto ciclo del miglioramento continuo: misurare, cambiare, provare, rimisurare?

Quindi, come può prescindere dalla *Quality Assurance*?

Eppure, le 35 pubblicazioni scientifiche in riviste internazionali, presenti su *Med Line*, prodotte dal nostro Ospedale Universitario negli ultimi due anni, hanno puntualmente un contenuto esclusivo di *Technology Assessment*.

Nessuna pubblicazione è presente su *Med Line* riguardante la *Quality Assurance*.

Quindi, il medico evidentemente fa fatica a districarsi nella metodologia della misura della garanzia di qualità dell'assistenza e si chiede: quali sono le dimensioni della qualità da misurare? Deve sforzarsi per comprendere i termini concatenati di struttura, processo, esito così familiari ai cultori della materia. Non facilmente entra in confidenza con il concetto di misura indiretta attraverso adeguati attributi e deve concentrarsi ogni volta per entrare nel vivo del contenuto degli attributi stessi: efficacia assoluta, efficienza, accessibilità, accettabilità, appropriatezza, efficacia relativa, soddisfazione.

E' pigro nell'identificare gli strumenti di valutazione della qualità dell'assistenza mediante i criteri e gli standard.

Se è debole l'interesse del medico per la *Quality Assurance*, la logica del *Total Quality Management* gli è addirittura indigesta.

Questa filosofia e questo stile di management sono derivati dalla evoluzione nella organizzazione delle imprese.

I concetti di cliente esterno, cliente interno, fornitore e miglioramento continuo del processo organizzativo del Sistema Aziendale contrastano con secoli di pratica medica basati sul buon rapporto paternalistico con il Paziente e su una concezione individualistica, artigianale, chiusa e autoritaria dell'esercizio professionale e, comunque, disattenta agli obiettivi generali della struttura in cui il medico opera, specie se pubblica.

Effetti evidenti di questa resistenza sono la difficoltà di integrazione e di coerenza tra le varie parti specialistiche che compongono le strutture aziendali sanitarie, la predilezione di una logica organizzativa per Unità Operative piuttosto che per Dipartimenti e il mantenimento di uno stile di relazione tra gli operatori durante il lavoro orientato all'autoritarismo e al controllo piuttosto che al coordinamento, alla educazione e alla facilitazione.

### I primi deboli segnali del cambiamento

Un'esperienza controcorrente, che esprime un segnale di cambiamento di rotta, è la misura della qualità di vita in pazienti affetti da rinite, asma e reazioni allergiche da veleno di insetti mediante l'uso di questionari specifici prodotti dal Dipartimento di Malattie Respiratorie e Allergiche del nostro Ospedale.

Non può sfuggire l'interesse di questa esperienza in quanto personalizza l'impatto della malattia nei singoli pazienti e fornisce una base di dati probabilmente utili nella valutazione dell'effetto personalizzato delle terapie.

Qualche guizzo di cambiamento nei comportamenti si intravede qua e là nei Medici sotto forma di interesse ai



dati di bilancio tra i costi e le attività della propria Unità Operativa e ai dati di confronto con le Unità Operative simili, un tempo sconosciuti e considerati di competenza della "Amministrazione".

Questa attenzione è disomogenea: più attenti i Medici dei Servizi che hanno da sempre a che fare con prestazioni più facilmente misurabili e hanno un rapporto lasso con i pazienti e i loro parenti, mentre più distratti sono i Medici specialisti chirurghi e internisti, specie universitari, concentrati come sono sulla loro qualità tecnocratica o sulla loro missione accademica.

Le prime esperienze di *budget* stanno lentamente e faticosamente introducendo il concetto di lavoro programmato, di obiettivi da raggiungere e di cronogramma degli interventi.

I concetti della appropriatezza dei regimi di assistenza, dei profili di assistenza e della medicina basata sulle evidenze scientifiche sono orecchiati con interesse in quanto sono in sintonia con il patrimonio culturale primordiale di una cura basata su una logica di trasparenza clinica e di rigorismo scientifico, che non guasta mai!

Inoltre, le prime esperienze dipartimentali hanno dato l'opportunità e il rischio del confronto professionale e, soprattutto, personale.

Il dipartimento provoca compiti nuovi per il medico che consistono nel rendere conto dei risultati delle proprie attività e nel mostrare sé stesso nella piccola comunità dipartimentale. Il dipartimento, quale struttura collegiale, crea tensioni, preoccupazioni, depressioni, reazioni di fuga, ma anche entusiasmi per la novità e il piacere del lavoro collettivo e per la sfida al superamento del consueto e più rassicurante lavoro individuale. Il Dipartimento, determinando un confronto sociale, fa capire l'importanza delle emozioni e delle passioni nel decidere.

Comincia anche a serpeggiare un senso di appartenenza all'insieme aziendale, anche se per ora limitato a quanto di competitivo il sistema introduce nella relazione tra le Aziende e a quanto attiene agli assalti più o meno ingiustificati dell'opinione pubblica contro il corpo professionale.

Il tradizionale e culturale separatismo tra accademia e assistenza si va attenuando in ragione di valutazioni più oggettive di un tempo delle attività assistenziali, didattiche e della cosiddetta ricerca e a causa della quasi par condicio nella Libera Professione.

### **I Protagonisti della Qualità: la catena delle responsabilità**

Però, il medico non è il solo protagonista e il solo respon-

sabile della qualità dell'assistenza.

Chi sono gli altri?

Sono riconducibili ad almeno quattro categorie di persone: i pazienti, gli operatori, i manager e i politici.

- I pazienti in quanto devono sopportare il peso della informazione e del consenso agli atti di diagnosi e di terapia.
- Gli operatori, medici e non, sono protagonisti in ragione della loro capacità professionale, dell'arte di relazionarsi con il malato e dell'attenzione all'ambiente in cui l'atto medico è interpretato.
- I manager sono protagonisti e responsabili relativamente alla loro capacità di creare coerenza all'interno della struttura e coerenza degli obiettivi e dei risultati della struttura ai Piani Sanitari del governo della salute.

- Infine, i politici sui quali pesa, soprattutto, la responsabilità della distribuzione delle risorse per i servizi sanitari in un certo territorio. A questo proposito il compromesso tra frammentazione dei servizi, sostenuta dal campanilismo, e la concentrazione degli stessi, sostenuta da una tendenza al monopolio, non è facilmente comprensibile e accettabile dall'opinione pubblica. Infatti, quel compromesso difficilmente descrivibile deve tenere conto del grado di complessità dei servizi. Servizi complessi richiedono una maggiore concentrazione per garantire la qualità, mentre servizi più semplici possono essere ragionevolmente frammentati. Perciò, le strutture che lavorano nella complessità dei servizi, adeguatamente riconosciute, finanziate e controllate, dovrebbero avere il compito di verificare la validità, semplificare e, quindi, rilasciare i servizi che possono essere frammentati con garanzia di qualità e di sicurezza.

Quindi, la *performance* della Qualità, la responsabilità della Qualità o, addirittura, la colpevolezza della "non Qualità" non possono essere riferite ad una sola categoria di compiti o di persone, ma devono essere interpretate come espressione di una sequenza di performance interconnesse.

Perciò, ciascuna categoria di attori dovrebbe ogni volta assumersi onestamente il peso di quanto gli compete, piuttosto che scaricare sulle altre le cause della "non Qualità" e dovrebbe essere disponibile al confronto nei difficili tavoli collegiali della concertazione.

### **Ma la Qualità dell'assistenza è solo quella misurabile?**

Per tentare di rispondere a questo quesito bisogna tornare alle origini, ai valori archetipici.

Non a caso si assiste ad un revival del mito di Er raccontato da Platone nel X capitolo della Repubblica.





Er è un guerriero che muore in battaglia; il suo corpo viene ritrovato intatto al contrario dei corpi in decomposizione degli altri compagni caduti. Viene, comunque, messo sulla pira, ma improvvisamente rivive e racconta ciò che gli è stato concesso di vedere nell'aldilà. In sintesi racconta che le anime scelgono liberamente l'immagine di vita che vogliono compiere sulla terra e a ciascuna di loro viene affidato un *daimon*, cioè un demone, che ha il compito di ricordare all'anima durante la vita il proprio destino liberamente scelto. Noi, nel momento in cui veniamo sulla terra, non ricordiamo tutto questo.

Questo antico mito ripropone un antico messaggio: ciascuno viene al mondo per realizzare il destino scelto e reintroduce il concetto dimenticato di anima non più confinata nei cimiteri e nelle chiese.

Ciascuno è un individuo, è una persona con una vocazione, un carattere, un'immagine innata e, quindi, esiste ed è tale non in quanto prodotto del patrimonio genetico e dell'ambiente, ma perché è dotato di un qualcosa di più, di un'essenza, di un proprio destino continuamente ricordato dal *daimon*.

Questa favola, spogliata della dimensione del tempo (pre e post esistenza) e dello spazio (l'aldilà), afferma la nostra responsabilità nei riguardi del nostro destino in quanto continuamente scelto. Quindi, non siamo innocenti né di fronte alle colpe dell'umanità, né di fronte alle colpe individuali apparentemente ineluttabili. Non siamo mere vittime del destino. Questo mito ci invita all'impegno nella scelta continua della vita giusta e alla relazione giusta con le altre anime del mondo.

Questo mito rivaluta profondamente la persona nella sua interezza e ci invita a percepirla e invita noi, come persone, ad essere percepiti.

Tutto ciò non ha possibilità di misura, è intuibile, è percepibile, è analogico. Ciononostante tutti ne abbiamo esperienza come innegabile e immediata realtà, anche se invisibile. Basta distogliere lo sguardo da ciò che è visibile!

Non è forse questo il cuore della Umanizzazione di cui tanto abbiamo bisogno all'interno delle nostre Aziende sanitarie sotto forma di una Qualità non misurabile da aggiungere a quella misurabile della *Total Quality Management* e della *Quality Assurance*?

Percepire ed essere percepiti, conversazione e vulnerabilità manifesta costituiscono un modo nuovo di leadership, di partnership, di empowerment nel management delle cosiddette "risorse umane" aziendali.

Percepire ed essere percepiti, conversazione e vulnerabilità manifesta costituiscono una difficile, ma affascinante via da percorrere per una moderna, anche se primordiale,

performance dell'atto medico interpretato sia dalle persone che curano che dalle persone curate.

### La Qualità come ricerca di un nuovo senso della Medicina

Credo, infine, che uno stimolo potente a ricercare la qualità dell'assistenza è il chiedersi quale significato ha la Medicina di oggi e quale significato avrà in futuro.

Di fronte a questo quesito di senso ancora una volta ci aiuta la dimensione senza tempo del mito.

Del resto sarebbe inutile cercarlo nella Storia della Medicina che ci racconta semplicemente l'evoluzione delle pratiche mediche nella dimensione del tempo conosciuto.

Il mito racconta di una Dimensione degli Dei in qualche modo connessa con la nostra pre-esistenza e post-esistenza, racconta di Prometeo che, rubando il fuoco agli Dei per darlo agli uomini, crea un ordine del cosmo scandito dal tempo, quindi mortale, l'unico modo di esistere.

Perciò l'esistenza è la risultante dell'equilibrio tra la componente divina e immortale rappresentata dal fuoco degli Dei e la componente secolare e mortale consistente nell'ordine del cosmo scandito dal tempo. La Medicina archetipica, interpretata da Chirone, il centauro grande guaritore è, appunto, lo strumento di tutela di quel equilibrio tra le due componenti.

Quindi il senso primordiale della Medicina è stato finora quello della tutela della salute nella consapevolezza e nella accettazione di un'esistenza necessariamente limitata.

Le nuove conquiste "titaniche" della scienza (uteri in affitto, clonazione, trapianti azzardati, genoma umano, ingegneria genetica, terapie geniche, ecc.) rischiano di infrangere l'antico mito e il solido paradigma della Medicina fondato sulla tutela di un'esistenza necessariamente mortale. Prometeo sta rubando troppo fuoco agli Dei; l'equilibrio tra le componenti divina e secolare si sta sbilanciando; si sta determinando una overdose di immortalità.

E allora, che ruolo potrà più svolgere Chirone? Che senso avrà la Medicina del prossimo futuro?

Saranno necessari nuovi miti?

La Qualità dell'assistenza entra in crisi di fronte a questi cambiamenti. Di fronte ai nuovi modi di fare Medicina occorre alzare il livello di guardia della qualità, valutarne ancor più profondamente di un tempo le ripercussioni sulle persone.

La bioetica deve superare la fase della contemplazione dei dilemmi per passare alla fase del trasferimento dei dilemmi al dibattito pubblico e alle scelte operative.





## E, allora?

In conclusione, la via della Qualità nella Cura della Salute della Persona si fa sempre più accidentata e richiede una grande concentrazione sociale nel percorrerla.

La *performance* nella cura da parte dei protagonisti della qualità (malati, non malati, operatori, manager, politici) richiede:

- una chiara scissione di significato tra valore delle tecnologie e Qualità dell'assistenza;
- un necessario, anche se non esaustivo riferimento alla misura e al miglioramento continuo della Qualità visibile;
- una disponibilità a percorrere la Qualità invisibile, specie nelle relazioni tra le persone;
- un'attenta curiosità e una forte azione morale nell'affrontare possibili nuovi significati della Medicina.

E' necessario, quindi, continuare nello sforzo di definire la qualità visibile con la consapevolezza che questa rappresenta solo una parte del misterioso mondo divino della qualità invisibile.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Ivan Cavicchi *L'uomo inguaribile. Il significato della Medicina*, Editori Riuniti, 1998
- 2) James Hillman *Il Codice dell'Anima*, Adelphi Edizioni SPA, Milano, 1997
- 3) James Hillman *L'anima del mondo*, Rizzoli 1999
- 4) David Whyte *Il risveglio del cuore in Azienda. Poesia e preservazione dell'anima sul luogo di lavoro*, Edizioni Guerini e Associati SPA 1997
- 5) Antonicelli L., Bonifazi F. La Qualità della vita nelle malattie allergiche del bambino e dell'adulto. Atti del corso di Aggiornamento Evidence based Allergology 2000, Brescia 27/11/99
- 6) *Quality in the new NHS High level Performance Indicators and Clinical Indicators*, Crown Copyright
- 7) Produced by the Department of Health, June 1999
- 8) M. Zanetti e Coll. *Il medico e il Management*, Accademia Nazionale di Medicina, 1996



I. Il dipartimento, nel sistema sanitario italiano, non è di recente istituzione.

Esso è stato introdotto, nella legislazione, nel 1968 con la legge n. 132<sup>1)</sup> e, più specificatamente, con il D.P.R. n.128/1969<sup>2)</sup>, applicativo della precitata legge. In esso, il dipartimento, negli ospedali, è definito come una organizzazione funzionale delle divisioni, sezioni, servizi speciali tra loro affini e complementari, organizzazione finalizzata alla loro migliore efficienza operativa, alla economia di gestione e del processo tecnico e scientifico.

Nel 1976<sup>3)</sup> il dipartimento assistenziale viene proiettato in un contesto di più ampio respiro prospettandosi il suo collegamento con altre istituzioni sanitarie del comprensorio servito dall'ospedale, in una visione di politica sanitaria che doveva trovare disciplina nella legislazione regionale e diverse sono le regioni che sono intervenute, in quegli anni, nella materia<sup>4)</sup>.

Non vi è dubbio però che il dipartimento nella Sanità acquisisca rilevanza negli anni novanta.

E' infatti il decreto leg.vo n. 502<sup>5)</sup> del dicembre del 1992 a stabilire che "le regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri ... organizzando gli stessi presidi in dipartimenti" (art. 4

## Il Dipartimento in Sanità: evoluzione normativa

Servizio Sanità  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

comma 10) e, prima ancora, a richiedere alle Aziende ospedaliere, quale condizione obbligatoria per la loro istituzione, "l'organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi" (art. 4 comma 2).

Infine, il decreto leg.vo n. 229<sup>6)</sup> del giugno 1999 prevede che l'organizzazione di tipo dipartimentale sia il modello ordinario di gestione operativa di tutta la attività della Azienda sanitaria. Il fatto che il dipartimento acquisisca rilevanza legislativa e sia istituito prevalentemente in questo periodo, a mio modo di vedere, non è casuale; ciò avviene perché il dipartimento va inserito nel più vasto scenario della riforma di tutto il settore pubblico italiano coincidendo, sul piano temporale, la sua attivazione con tale riforma ed avendo, entrambi, una stessa matrice normativa.

II. Il Parlamento, con la legge n.421<sup>7)</sup> dell'ottobre del 1992, delega infatti il Governo - era allora presidente del Consiglio l'On. Giuliano Amato - ad adottare, in appena 90 giorni, provvedimenti per revisionare e razionalizzare

la disciplina in materia di: sanità, pubblico impiego, previdenza e finanza territoriale.

Il Governo Amato ha realizzato tale progetto con 4 decreti delegati adottati tra dicembre 1992 e febbraio 1993<sup>8)</sup>

La revisione della organizzazione sanitaria, adottata con decreto legislativo n. 502 del dicembre del 1992, nella quale è inserito il dipartimento, è collegata quindi, sul piano socio-politico nonché normativo, con quella più ampia della Pubblica Amministrazione disciplinata particolarmente dal decreto leg.vo n. 29 del febbraio del 1993.

Uno dei pilastri del processo riformatore della P.A. è dato dalla dirigenza. Anche la dirigenza era già prevista nell'ordinamento italiano sin dagli anni '70<sup>9)</sup>; ma non vi è dubbio che la stessa acquisisca rilevanza proprio con il decreto leg.vo n.29 attraverso la separazione tra le funzioni di governo e le funzioni di gestione.

Le prime sono affidate agli Organi di Governo e consistono nella individuazione degli obiettivi, nella verifica del loro raggiungimento e nella assegnazione delle risorse necessarie per raggiungerli, le seconde consistono nel raggiungere gli obiettivi prefissati, gestendo le risorse ricevute e tali funzioni sono proprie della dirigenza che assume così autonomia operativa e conseguentemente responsabilità personale.

Richiamo questo principio relativo alla dirigenza, perché il decreto leg.vo n. 502, adottato dal Governo due mesi prima del decreto leg.vo n. 29 prima richiamato, attribuisce al personale medico la qualifica dirigenziale e perché lo stesso decreto leg.vo n. 29, nell'ambito della dirigenza, dedica un articolo, il 26, esclusivamente alla dirigenza sanitaria.

E' opportuno sottolineare che le norme precitate attribuiscono la qualifica dirigenziale, con le caratteristiche prima descritte, a tutto il personale medico e non solo ai primari. Diversamente invece sta avvenendo per la scuola, nella quale la funzione di dirigente viene riconosciuta solamente ai capi





di istituto e non già a tutto il corpo docente.

Il decreto leg.vo n. 229<sup>9</sup> del giugno scorso poi, stabilisce che la dirigenza sanitaria sia collocata in un unico ruolo.

Lo stesso decreto delinea le caratteristiche di tale categoria, caratteristiche che si possono così riassumere:

- a) autonomia tecnico - professionale nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni;
- b) responsabilità di risultato, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale ed aziendale.

Al dirigente di strutture complesse compete, oltre alle predette funzioni, anche:

- a) la direzione e l'organizzazione della struttura;
- b) la responsabilità della efficiente ed efficace gestione delle risorse allo stesso attribuite, sempre nell'ambito degli indirizzi dipartimentali ed aziendali.

Allora se il medico assume la qualifica dirigenziale e se la dirigenza assume le funzioni che prima abbiamo ricordato, non vi è dubbio che la "divisione" o il "servizio", concepito alla vecchia maniera, vadano in crisi.

Del resto già l'accordo nazionale di lavoro del personale ospedaliero relativo al periodo 1974-1976 auspicava la sperimentazione di forme di collegamento interdisciplinare allo scopo di superare, in modo più funzionale, la ripartizione in divisioni di specialità e la esistente gerarchia del personale, al fine di meglio valorizzare le funzioni dei singoli operatori.

Con la normativa che abbiamo appena esaminato, nella Sanità, come nella P.A., si passa da una organizzazione di tipo gerarchico ad una organizzazione a staff e non vi è dubbio che il dipartimento si presta meglio per una siffatta organizzazione del lavoro.

Ciù non significa che il dipartimento debba essere attivato per assecondare la disciplina che regola il rapporto di lavoro,

ma semplicemente che, nella fattispecie, c'è coerenza tra l'organizzazione del lavoro alla quale si vuole tendere e la disciplina che regola il rapporto di lavoro degli operatori.

III. Entrando allora più specificatamente nella organizzazione di tipo dipartimentale dobbiamo far riferimento alla definizione che di esso dà il D.P.R. n.128 del 1969 prima richiamato: organizzazione funzionale di più divisioni, oggi Unità Operative, tra loro affini e complementari, finalizzate al raggiungimento di una loro migliore efficacia ed una economia di gestione.

Se noi facessimo un parallelismo tra il dipartimento universitario disciplinato dal D.P.R. n.382 del 1980<sup>10</sup> e il dipartimento assistenziale, noteremmo subito una sostanziale differenza, giacché il dipartimento universitario è anch'esso una aggregazione di diverse discipline, affini o complementari, ma è costituito per sviluppare un progetto di ricerca. Poiché la ricerca è libera, anche l'aggregazione deve essere libera ed infatti il dipartimento universitario nasce da una aggregazione spontanea, di tipo permanente o temporanea, supportata da un progetto di ricerca comune.

Il dipartimento in sanità ha invece l'obiettivo di dare una risposta efficace ed efficiente in assistenza e risponde quindi ad esigenze di tutela della salute, che deve essere garantita al cittadino dallo Stato, e non dal singolo operatore e allora la aggregazione dipartimentale corrisponde a logiche diverse. Il dipartimento in sanità, poi parleremo di quello integrato, ha quindi per obiettivo l'efficienza e l'efficacia sul piano assistenziale.

Possiamo avere due tipi di dipartimento: quello costituito da U.O. affini e quello invece formata da U.O. diversificate, ma complementari tra loro per percorso diagnostico o terapeutico. Non vi è dubbio che i dipartimenti che rientrano nella prima tipologia consentano una maggiore economia; pensiamo ad esempio a divisioni uguali, o almeno simili, che possono utilizzare spazi comuni, strumentazione comune, ed anche personale comune.

Anche sul piano dei risultati tale tipo di dipartimento può portare vantaggi diagnostici e terapeutici, determinati dal confronto di esperienze diverse.

Il dipartimento costituito da U.O. complementari è invece tutto da inventare e sperimentare.

Esso può raggiungere però risultati ottimali in termini di efficacia, giacché la sua attività non è il risultato di esperienze diverse fondate sulla medesima disciplina, ma derivano dal confronto e dalla collaborazione di operatori formati in discipline diverse convergenti nello studio della patologia che si intende aggredire.

Questi dipartimenti, più degli altri, derivano dalle risorse pre-



senti nell'ospedale e devono sottintendere un progetto assistenziale proposto o almeno condiviso dagli stessi operatori. Per affrontare poi l'organizzazione interna del dipartimento dobbiamo far riferimento all'art. 17 bis del decreto leg.vo 229/1999<sup>6</sup>.

In esso viene delineata la figura del direttore, il quale è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione di una struttura complessa inserita nel dipartimento.

Il direttore di dipartimento ha responsabilità professionali in materia clinica - organizzativa e della prevenzione e responsabilità gestionali in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse ad esso assegnate<sup>11</sup>.

Il direttore di dipartimento negozia con la Direzione Generale il piano delle attività nell'ambito della programmazione aziendale<sup>12</sup> e presiede la commissione tecnica per la valutazione triennale del personale medico<sup>13</sup>.

Il comma successivo del precitato articolo del decreto legislativo rimanda invece alla Regione la disciplina circa la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento, nonché le modalità di partecipazione dello stesso Comitato alla individuazione dei direttori di dipartimento<sup>14</sup>.

Dalla emanazione di tale provvedimento dipenderà buona parte dei rapporti interni al dipartimento stesso.

In ogni caso il legislatore ha voluto precisare che la programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione, il monitoraggio e la verifica, avvengano sempre con la partecipazione attiva di tutti i medici-dirigenti e del restante personale del dipartimento<sup>15</sup>.

Su questa linea si ritrova la Regione Marche quando nella legge regionale disciplinò i dipartimenti individuando nel Comitato l'organo di indirizzo e programmazione della attività del dipartimento e nel direttore l'organo esecutivo e di gestione<sup>16</sup>.

IV. Ho già accennato al dipartimento integrato, cioè a quel dipartimento costituito da Unità Operative a direzione ospedaliera e Unità Operative a direzione universitaria.

Questo dipartimento si diversifica da quello assistenziale ed è disciplinato dal decreto leg.vo n.517/19915).

La predetta normativa inizia con una affermazione di fondamentale importanza: il dipartimento è la struttura ordinaria della Azienda ospedaliero-universitaria.

La composizione del dipartimento integrato va individuata nell'atto aziendale adottato, per questa parte, di concerto tra il Direttore Generale ed il Rettore dell'Università; tale dipartimento è diretto da un direttore nominato dal Direttore Generale di concerto con il Rettore dell'Università; il direttore del dipartimento integrato deve assicurare a tutti gli operatori, ospedalieri ed universitari, l'espletamento della atti-

ività istituzionale di ciascuno. Nella azienda mista si realizza la collaborazione tra servizio sanitario regionale e la facoltà medica. Nello stesso modo il dipartimento integrato è lo strumento per coniugare l'attività assistenziale qualificata con una didattica e una ricerca adeguata.

E' del tutto evidente allora che la disciplina speciale che regola il dipartimento integrato non risponde ad una logica spartitoria, ma vuole valorizzare obiettivi e funzioni specifiche.

Particolare rilevanza assume quindi la sua composizione. Anch'esso può essere costituito da Unità operative simili, portando, come si è detto, a delle economie di scala e quindi ad una efficiente gestione delle risorse.

Ridurre però a questo obiettivo la costituzione di un dipartimento, specialmente se misto, a mio avviso, è riduttivo. Io credo che il dipartimento integrato debba caratterizzarsi per tendere alla eccellenza nel campo assistenziale e nella sperimentazione terapeutica.

Così come non può esservi buona didattica se non supportata da una ricerca continua, non può esservi neppure una assistenza qualificata e di riferimento se la stessa non è collegata ai progressi scientifici della medicina.

Allora il modello più idoneo per un dipartimento integrato è proprio quello costituito da U.O. complementari e quindi diverse tra loro, ma a condizione che siano legate da un progetto scientifico, diagnostico e terapeutico comune e partecipato. A mio avviso questa è la condizione essenziale perché il dipartimento non divenga un semplice contenitore burocratico ed amministrativo, ma costituisca invece l'occasione per sperimentare un lavoro comune, elemento essenziale per raggiungere traguardi sempre più ambiziosi per risolvere le patologie del malato come per preparare dei buoni e validi medici.

La scienza medica è sempre più interdisciplinare e la presenza universitaria, nel dipartimento integrato, può favorire anche l'apporto di discipline non cliniche, come quelle biologiche o di base, essenziali per una ricerca moderna. Il legislatore ha voluto garantire e favorire anche tale apporto quando ha previsto la necessità di individuare, nei protocolli di intesa, forme di collaborazione tra i dipartimenti integrati e quelli universitari.

Infine l'apporto universitario, per esperienza vissuta, può favorire anche l'avvio e lo sviluppo di un dipartimento autonomo sotto il profilo gestionale.

Anche questo elemento è essenziale per una corretta attuazione della struttura dipartimentale.

Il dipartimento, così inteso, non è allora un mero adempimento di legge, ma diviene una opportunità che, se ben gestita, può portare sviluppo alla assistenza, alla ricerca e quindi alla didattica.



## RIFERIMENTI NORMATIVI

- 1) Legge n.132 del 12.2.1968. "Enti pubblici e assistenza ospedaliera".
- 2) D.P.R. n.128 del 27.3.1969.
- 3) D.M. 8.11.1976 applicativo della L. 148 del 18.4.1975  
 "Disciplina sulla assunzione del personale sanitario ospedaliero e tirocinio pratico. Servizio del personale medico. Dipartimento. Modifica ed integrazione D.P.R. 27.3.1969 n.128 e 130".
- 4) Regione Liguria (1973), Abruzzo (1974), Piemonte (1975), Basilicata (1975), Puglia (1975), Veneto (1977), Lombardia (1978).
- 5) Decreto leg.vo n.502 del 30.12.1992. "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n.421" - art.4.
- 6) Decreto leg.vo n.229 del 19.6.1999. "Norma per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art.1 della legge 30 novembre 1998 n.419".
- 7) Legge n.421 del 23.10.1992. "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale".
- 8) Decreto legislativo n.502 del 30.12.1992: riordino della materia sanitaria; Decreto leg.vo n.503 del 30.12.1992: riordino della materia previdenziale; Decreto leg.vo n.504 del 30.12.1992: riordino della finanza territoriale; Decreto leg.vo n.29 del 3.2.1993: riordino del pubblico impiego.
- 9) D.P.R. n.748 del 30.6.1972. "Disciplina delle funzioni dirigenziali nelle Amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo".
- 10) D.P.R. n.382 del 11.7.1980. "Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica".
- 11) Decreto leg.vo n.229/1999 art.17 bis comma 2.
- 12) Decreto leg.vo n.229/1999 art.15 comma 5.
- 13) Decreto leg.vo n.229/1999 art.17 bis comma 3.
- 14) L.R. Marche n.26 del 17.7.1996. "Riordino del Servizio Sanit





## Prof. Pietro Leoni

*Allievo del Prof. Giovanni Danieli sin dalla sua prima formazione medica, lo ha seguito da Bologna ad Ancona ed è stato il suo primo e fondamentale collaboratore sino all'acquisizione della completa maturità accademica e della autonomia professionale.*

Nato a Sassocorvaro il 3 settembre 1947.

Diploma di Maturità Scientifica nell'anno scolastico 1965/66.

Laureato in Medicina e Chirurgia con lode, l'8.8.1972 presso l'Università di Bologna.

Specialista con Lode in Ematologia Clinica e di Laboratorio (Bologna) e in Oncologia (Ancona).

Vincitore della borsa di studio "Giuseppe Cardinali", della Associazione Italiana contro le Leucemie nel 1980. "Stage" presso la "Division für Hamatologie - Universitäts Klinik, Kantonsspital Basel", nel 1977 e nel 1980.

Dal gennaio 1976 al 1989 responsabile dell'Unità di Terapia Intensiva Ematologica e Immunologica dell'Istituto di Patologia Speciale Medica e quindi di Clinica Medica della Università di Ancona. Assistente Universitario dal 01.11.1972 al 31.12.1989. Professore Associato in "Medicina di Urgenza" della Università degli Studi di Ancona dal 10.12.1984 al 31.10.1992.

"Affidamento" dell'insegnamento di Patologia Speciale Medica e Metodologia Clinica della Università degli Studi di Ancona, unitamente alle relative responsabilità assistenziali del Reparto convenzionato, per l'A.A. 1985/86.

"Affidamento" dell'insegnamento di Ematologia nel corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona per gli A.A. 1990/91 e 1991/92.

Titolare dell'insegnamento di "Malattie del Sangue e degli Organi Ematopoietici" dall'AA 1992/93.

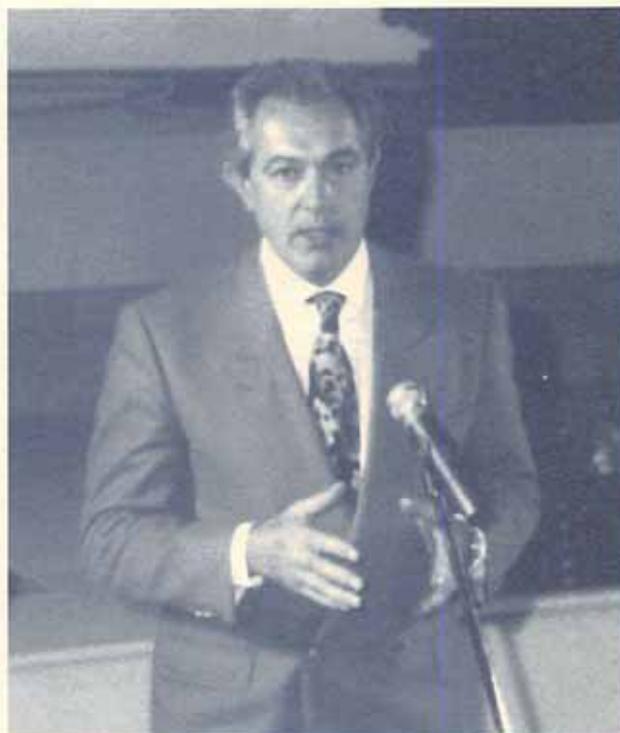
Dal 01.01.90 Direttore della Clinica di Ematologia con annessa Unità di Trapianto di cellule staminali ematopoietiche.

Titolare di numerosi insegnamenti nelle Scuole di Specializzazione della Università di Ancona.

Coordinatore didattico della Scuola di Specializzazione in Ematologia dell'Università di Ancona dall'AA 1978/79.

Relatore di 43 tesi di Laurea e 116 di Specializzazione.

Membro delle seguenti Società Scientifiche: Società Italiana di Ematologia, Società Italiana di Ematologia Sperimentale, European Group for Blood and Marrow Transplantation, American Society of Haematology.



Presidente della Sezione Marche della Società Italiana di Ematologia dal 1988.

Membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Ematologia dal 1997.

Autore di 272 lavori scientifici in estenso di cui 89 su riviste straniere e 9 monografie.

### Attività Clinica

Dal 1973 il Prof. Pietro Leoni, ha collaborato intensamente alla organizzazione *ex-novo* ed allo sviluppo ulteriore dell'Istituto di Patologia Speciale Medica della Università di Ancona diretto dal Prof. Giovanni Danieli, dapprima come Assistente, quindi, dal 22.3.1979 al 31.10.1985 come Aiuto Universitario dell'Istituto.

Il reparto clinico ha dimostrato un progressivo incremento dei ricoveri e delle prestazioni assistenziali globali, soprattutto dopo l'istituzione e il successivo potenziamento del Day Hospital, capace di effettuare interventi diagnostici e terapeutici per oltre 15 pazienti al giorno. Dal 1976 a tutto il 1989 si è inoltre dedicato prevalentemente alla Sezione di Ematologia annessa, fino al 31.10.86, all'Istituto di Patologia Medica e quindi, dal





l'11.1986 al 31.12.89, a quello di Clinica Medica di cui è stato Aiuto Universitario, con responsabilità degli Ambulatori divisionali ematologici e dell'Unità di Terapia Intensiva Ematologica annessa all'Istituto, Unità che disponeva di un separatore cellulare, di un sistema completo di criopreservazione e di una camera sterile per l'isolamento dei pazienti severamente mielo e/o immuno-depressi.

Per l'A.A. 1985/86 è stato responsabile del Reparto Clinico di "Patologia Speciale Medica e Metodologia Clinica" del cui insegnamento era affidatario.

Dal 01.01.1990 è Direttore, con responsabilità di Dirigente Ospedaliero di II livello, della Clinica di Ematologia dell'Università di Ancona convenzionata con l'Azienda Ospedale "Umberto I" di Ancona di cui ha organizzato e coordinato l'attività didattica, di ricerca ed assistenziale.

Dal 15.01.1994 la Clinica, che prima era ospitata nell'ambito dell'Istituto di Clinica Medica Generale e Terapia Medica, ha trovato una sede propria, dapprima

con 7 e quindi con 11 letti disposti tutti in un'area a bassa carica batterica per pazienti severamente mielo-immuno depressi (leucemie acute, linfomi ad alta aggressività, etc) così da sviluppare un'attività clinica e trapiantologica che ha portato all'esecuzione di circa 300 autotrapianti prevalentemente da cellule staminali periferiche. soprattutto nei linfomi maligni, mielomi multipli, leucemie acute e neoplasie solide.

Il giorno 14.04.1999 è iniziata l'attività di trapianto allogenico.

Collateralmente si è sviluppata anche un'area di intensa attività laboratoristica di ricerca ed assistenziale finalizzata alla valutazione quali-quantitativa delle cellule staminali e dei progenitori emopoietici e al *purging* farmacologico ed immunologico comprendente metodiche sofisticate sia di biologia cellulare che molecolare, unitamente a numerosi altri test ematologici speciali.

L'attività ambulatoriale è costituita da circa 3.000 prestazioni annue e quella di Day-Hospital è capace di erogare un'attività consistente in circa 3.000 interventi l'anno.

## Ricordo di Cesare Vecchi

*Cesare Vecchi fu studente nell'Università di Padova e preparò presso l'Istituto di Patologia Generale la sua tesi di laurea in Scienze Biologiche. Poco dopo, nel 1971, si trasferì ad Ancona, nella nuova Università, e collaborò con grande impegno per l'avvio dell'insegnamento della Patologia Generale ai primi iscritti al corso di Medicina e per lo sviluppo iniziale delle strutture nella sede di Posatora.*

*C'erano in lui l'entusiasmo del pioniere e un vivo senso del dovere che non gli venne mai meno, anche quando la prima fase dell'edificazione dell'Università era finita ed era divenuta un ricordo lontano e neppure condivisibile con la maggior parte dei colleghi arrivati ad Ancona più tardi.*

*Oltre all'attività didattica, svolta assiduamente in diversi corsi con l'apprezzamento e la gratitudine di molti studenti, il professor Cesare Vecchi collaborò alle ricerche del Laboratorio di Patologia Generale, indirizzate prevalentemente allo studio della struttura e della funzione del muscolo scheletrico in condizioni di sanità e di malattia.*

*Da ricordare il suo contributo al riconoscimento delle variazioni di spessore dei miofilamenti nella contrazione e nel rilasciamento a seconda delle variazioni di lunghezza dei sarcomeri. Da ricordare anche la partecipazione all'indagine sulla genesi del danno nella distrofia di Duchenne.*

*Noi ricordiamo l'amico Cesare con molto affetto, come tutti quelli che, pur non partecipando al suo lavoro nell'Università, hanno potuto apprezzare la sua serena, volenterosa, sincera onestà.*

*Andrea Corsi, Anna L. Granata*





Corso	Docente	Periodo	Ora	Aula
I anno	<b>BIOLOGIA, GENETICA E BIOMETRIA:</b>			
1. Recettori linfocitari	Prof. F. Malavasi	14 Apr./5-12 Mag.	ore 14,30	A
6. Probabilità e malattia: l'analisi della sopravvivenza	Prof.ssa F. Carle	14 Apr./5-12 Mag.	ore 8,30	A
7. Trasmissione genetica delle malattie e probabilità: il caso dei tumori	Prof.ssa F. Carle Dott.ssa F. Saccucci	19-25 Mag. 2 Giugno	ore 8,30	A
8. Biologia e genetica delle malattie mitocondriali e lisosomiali	Prof. G. Principato	14 Apr./5-12 Mag.	ore 10,30	A
Istologia				
9. Applicazione e validazione di tecniche morfologiche innovative per lo studio dei tessuti	Dott.ssa S. Amati	19-25 Mag./2Giu.	ore 10,30	A
II anno	<b>BIOCHIMICA:</b>			
14. Errori congeniti del metabolismo azotato	Prof.ssa L. Mazzanti	12-19 Mag.	ore 10,30	F
III anno	<b>MEDICINA DI LABORATORIO:</b>			
18. Resistenza nei gram+	Prof. P.E. Varaldo	19-26 Mag./2 Giu.	ore 14,30	A
V anno	<b>ANATOMIA PATOLOGICA</b>			
53. La biologia molecolare in Anatomia Patologica	Prof. I. Bearzi	26 Mag./2 Giu.	ore 8,30	Anat.Pat.
<b>MAL. CUTANEE E VENEREE E CHIR. PLASTICA:</b>				
56. Patologia pigmentaria cutanea	Prof. G. Bossi	14 Apr./5-12 Mag.	ore 10,30	B
<b>MALATTIE DELL'APPARATO LOCOMOTORE:</b>				
57. Chirurgia vertebrale	Prof. F. Greco	19-25 Mag./2Giu.	ore 10,30	B
<b>PSICHIATRIA:</b>				
60. Indagini psicobiologiche in Psichiatria	Dott. B. Nardi	14 Apr./5-12 Mag.	ore 14,30	B
61. Elementi fondamentali di psicosomatica	Prof. G. Borsetti	19-25Mag./2 Giu.	ore 14,30	B
VI anno	<b>EMERGENZE MEDICO-CHIRURGICHE:</b>			
75. Laparoscopia d'urgenza	Prof. F. Feliciotti	14 Apr./5-12 Mag.	ore 8,30	E
76. Tecniche di monitoraggio in unità di terapia intensiva	Prof. P. Pelaia	19-25 Mag./2 Giu.	ore 8,30	E
<b>MEDICINA DEL LAVORO:</b>				
80. Il rumore industriale: effetti sulla salute e prevenzione	Prof. M. Valentino	14 Apr./5-12 Mag.	ore 10,30	E
81. Materiali sostitutivi dell'amianto	Prof. M. Governa	19 Mag./2Giu.	ore 10,30	E





A MEDICINA, DI SERA



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

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

## *Scienza & Filosofia*

Coordinatori:

Prof. Fiorenzo Conti, Prof. Massimo Clementi

**19 Maggio 2000 - ore 18,00**

## **Mente-Cervello: l'atto di coscienza**

Giulio Tononi e Maurizio Malaguti

*dopo un'introduzione di Franco Angeleri*





FORUM DI FACOLTÀ  
VIDEOCONFERENZE

## Forum Management Sanitario

Coordinatore: Prof. Gian Mario Raggetti

**12 maggio 2000**

*Il Project Financing* applicato alla Sanità

Prof. GianMario Raggetti, Prof. Franco Greco,  
Dr.ssa Vania Carignani

**19 maggio 2000**

La responsabilità civile e  
penale del medico

Prof. GianMario Raggetti, Avv. Rodolfo Berti

**26 maggio 2000**

La valutazione dei Dirigenti  
di Area Medica

Prof. GianMario Raggetti, Dr. Andrea Giamperoli,  
Dr.ssa Laura Benedetto, Dr.ssa Caterina Lucarelli

## Videoconferenza

Il Prof. Ugo Salvolini organizza una serie di Video-Conferenze  
su *Pediatric neuroradiology*, per il mese di maggio si segnala:

### **The Corpus Callosum revisited**

**15 Maggio 2000 - ore 17,00**

Polo Didattico Scientifico - Aula D

Partecipano le Università di Ancona, Toulouse (F), Marseille (F),  
Free University of Brussels (B), California - San Francis (USA)





## CORSO DI PERFEZIONAMENTO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ANCONA  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

AZIENDA OSPEDALIERA  
S. Salvatore di Pesaro

Corso di perfezionamento in  
**"La decisione clinica basata sulle evidenze"**  
 A.A. 1999/2000

**Obiettivi**

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

**Norme di partecipazione**

Sono ammessi al corso:

- Medici abilitati che esercitano la loro professione come Medici di Medicina Generale o come Medici Ospedalieri impegnati in attività di assistenza clinica;
- Medici che lavorano nelle Direzioni sanitarie o generali degli Ospedali;
- Cittadini stranieri dotati di titoli analoghi, riconosciuti dall'Ateneo di Ancona ai fini della partecipazione al corso.

Per gli ammessi al corso è richiesta la conoscenza scolastica della lingua inglese.

Il numero massimo degli iscrivibili è determinato in 20 unità. Il Corso sarà tenuto con un minimo di 10 iscritti.

- Qualora il numero degli aspiranti al corso fosse superiore al numero dei posti disponibili l'accesso al corso avverrà mediante l'espletamento di una prova scritta (risposte a quiz a scelta multipla) che si terrà il giorno 10 Maggio 2000 alle ore 8,30 presso l'aula di Clinica Medica - Il piano - Ospedale Torrette - Ancona. Il presente bando vale come convocazione.
- La suddetta prova sarà valutata con punti 50/50.

La domanda di partecipazione, indirizzata al Magnifico Rettore va redatta in carta semplice (ai sensi della Legge 370 del 23/8/1998) su modulo, all'uopo predisposto ed in distribuzione presso la Ripartizione Didattica Polo Torrette - Sezione Scuole, Via Tronto 10 Torrette - Ancona che potrà essere richiesto, anche via fax, alla medesima Ripartizione (tel. 071 2206138 - Fax 071 2206008).

È consentito anche l'inoltro, a mezzo fax, delle istanze di ammissione al corso, nel rispetto dei precitati termini; tali istanze dovranno essere corredate da copia fotostatica del documento di riconoscimento del richiedente (Legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modificazioni).

Il candidato dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nelle quali può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci:

- a) di essere Medico abilitato che esercita la professione come Medico di Medicina generale o come Medico ospedaliero impegnato in attività di assistenza clinica;
- b) di essere Medico che lavora nelle Direzioni sanitarie o generali degli Ospedali.

Nella domanda dovranno essere indicati il domicilio che il candidato elegge ai fini del concorso ed il recapito telefax al quale dovranno essere inviate le comunicazioni previste dal presente bando.

Ogni eventuale variazione degli stessi dovrà essere tempestivamente comunicata alla Ripartizione Didattica Polo Torrette - Sezione Scuole.

Entro il giorno 15 Maggio 2000 gli aspiranti utilmente classificati dovranno regolarizzare la propria posizione amministrativa, pena la decadenza dal diritto all'iscrizione, con i seguenti documenti:

- domanda di iscrizione, su modulo predisposto ed in distribuzione presso la Ripartizione Didattica Polo Torrette - Sezione Scuole, Via Tronto n. 10 Torrette Ancona, da rendere legale con l'applicazione di una marca da bollo da Lire 20.000;
- attestazione del versamento del contributo di Lire 2.058.900 da effettuare alla Tesoreria dell'Università di Ancona, presso la Cariverona.

Il candidato ammesso dovrà dichiarare, nel precitato modulo di iscrizione, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nelle quali può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci:

- a) data e luogo di nascita;
- b) data, voto e sede di laurea;
- c) data e sede di abilitazione;
- d) di non essere iscritto e di non prendere iscrizione, in contemporaneità con la presente, ad altro corso di studi;
- e) di confermare quanto dichiarato in sede di domanda di partecipazione.

Tali documenti dovranno essere consegnati entro il 12 Maggio 2000 alla Ripartizione Didattica Polo Torrette - Sezione Scuole, ovvero il giorno 15 Maggio 2000 presso la sede di svolgimento del corso.

I candidati ammessi, che non avranno provveduto a regolarizzare la propria posizione amministrativa, entro i termini sopracitati, saranno considerati rinunciatari.

**Svolgimento del Corso**

Il Corso si svolgerà in due sessioni intensive di 5 giorni ciascuno (dal 15 al 19 maggio, dal 28 maggio al 2 giugno con orario 9,00 - 19,00). Le attività didattiche comprenderanno una parte teorica, sviluppata mediante presentazioni multimediali e lavori a piccoli gruppi (60% delle ore) ed una parte pratica, sviluppata in parte mediante attività di apprendimento tutoriale in laboratori didattici attrezzati ed in parte mediante autoapprendimento con successiva verifica.

L'attività didattica teorica si svolge presso la Sala delle Colonne del Palazzo Montani Antaldi della Fondazione Cassa di Risparmio di Pesaro (gentilmente concessa), le esercitazioni al computer presso il Laboratorio Informatico dell'Azienda Ospedaliera S. Salvatore di Pesaro.

Il Rettore  
Prof. Marco Pacetti

Il Direttore Generale  
Doct. Ilija Gardi





## CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DEL 24 MARZO 2000

### NOTIZIE SULLE PRINCIPALI DECISIONI

- Il Presidente ha comunicato che sul Messaggero di venerdì 17 marzo il Rettore ha rilasciato un'intervista in cui difende la vocazione scientifica dell'Ateneo di fronte all'appello in favore di un polo umanistico.
- E' stato ripartito il fondo per la Ricerca Scientifica finanziata dall'Università per l'anno 2000, destinato alle aree di ricerca e l'assegnazione dei contributi relativi ai docenti degli Istituti e dei Dipartimenti afferenti alle aree 01 - 02 - 03 - 04 - 07 - 08- 09 - 13 - 14. Le proposte relative alle aree 05-06-12 non sono ancora pervenute alla data del Consiglio. I dettagli possono essere consultati presso il sito web dell'Università.
- Internazionalizzazione: Il Consiglio di Amministrazione si è impegnato a mettere a disposizione dei progetti, che verranno presentati al MURST ed approvati, il 25% dei fondi necessari per il cofinanziamento. Il restante 25% del cofinanziamento universitario dovrà essere messo a disposizione delle strutture interessate.
- E' stato approvato il piano edilizio aggiornato per il biennio 2000/2001.
- E' stato approvato il progetto preliminare dei lavori di ampliamento del polo didattico scientifico di Torrette. E' stato delegato il Rettore al perfezionamento dell'accordo di programma finalizzato alla soluzione dei problemi di viabilità e traffico in località Torrette, in relazione agli accessi all'Ospedale Regionale e alla Facoltà di Medicina.
- Sono stati adottati tra gli altri i seguenti provvedimenti:
  - Determinazione requisiti richiesti nell'avviso di gara relativa all'affidamento del servizio bar della Facoltà di Medicina e Chirurgia.
  - Realizzazione del progetto espositivo denominato "Sguardo sull'arte contemporanea nelle Marche".
  - Trattativa per acquisizione area eredi Salvini.
  - Interventi di manutenzione ordinaria aree verdi dell'Università.
  - Approvazione progetto raffrescamento via Oberdan 8-10.
  - Gara per servizio manutenzione ascensori.
- Sono state autorizzate le seguenti prestazioni d'opera:
  - Ist.to di Fisiologia Umana - Sig.ra Francesca Natalini
  - Ist.to di Patologia Sperimentale - Sig.ra Romina Nei
  - Ist.to di Patologia Sperimentale - Sig.ra Stefania Saccomanno.
- Sono state autorizzate le indennità per i vice dirigenti ex art. 59, 2° comma dello Statuto.  
Le predette indennità sono applicabili anche ai Direttori del

Centro Servizi Multimediali ed Informatici e del Centro di Documentazione dell'Ateneo.

- E' stata accertata la copertura finanziaria per le seguenti procedure di valutazione comparativa:
  - copertura di n. 1 posto di professore ordinario di ruolo di 2° fascia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia.
  - Il Consiglio di Amministrazione ha accertato la copertura finanziaria per la presa in servizio in corso d'anno di uno dei due professori di prima fascia chiamati dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia.
  - Il Consiglio propone al Senato Accademico di fissare due date per la presa in servizio in corso d'anno: 1 febbraio - 1 ottobre.
- Sono state approvate le graduatorie *part-time* per l'anno 2000. Tali graduatorie sono consultabili presso le portinerie delle Facoltà e presso le associazioni studentesche.
- Sono stati adottati i seguenti provvedimenti:
  - Istituzione corso di perfezionamento definito "Medicina necroscopica".
  - Istituzione corso di perfezionamento in "La decisione clinica basata sulle evidenze".
  - Contributo di L. 19.982.306 dal Consorzio Telematica per il Sistema Riabilitativo.
  - Contributi alla Clinica di Gastroenterologia dalla Ditta Bracco S.p.A. e dalla Ditta Alfa Wassermann S.p.A.
  - Assegnazione di L. 10.000.000 al Prof. Riccardo Muzzarelli per il cofinanziamento bando 1997.





A CURA DI MAURIZIO BATTINO

**SENATO ACCADEMICO DEL 29/02/2000***Comunicazioni del Presidente*

Il coordinatore del nucleo di valutazione ha suggerito di organizzare un incontro con i Presidi per chiarire metodologie, ambiti e obiettivi della valutazione della didattica prevista dalla normativa in vigore. All'incontro saranno presenti anche rappresentanti della componente studentesca.

Nella prossima seduta verranno discussi i programmi che verranno presentati dalle varie strutture nell'ambito del D.M. 21.6.99 (Programmazione del sistema universitario per il triennio 1998-2000) art. 7 - Internazionalizzazione, nonché le proposte che verranno presentate per la formazione di centri di eccellenza per la ricerca.

*Ripartizione fondi assegni di ricerca*

## Appunti dal Senato Accademico

Le 44 annualità messe a disposizione dall'Ateneo per l'istituzione di altrettanti assegni di ricerca a cui possono concorrere i possessori del titolo di Dottore di Ricerca sono state così suddivise tra le Facoltà:

- 16 annualità Facoltà di Ingegneria
- 9 annualità Facoltà di Economia
- 9 annualità Facoltà di Medicina e Chirurgia
- 6 annualità Facoltà di Agraria
- 4 annualità Facoltà di Scienze

A questi assegni si aggiungono altre 4 annualità finanziate dalla Regione Marche nell'ambito del programma di collaborazione firmato nello scorso autunno per studi riguardanti le seguenti tematiche:

- Qualificazione delle piccole e medie imprese mediante innovazioni organizzative di processo e di prodotto.
- Valorizzazione delle risorse agro-alimentari ed ittiche della regione.

*Criteri cofinanziamento progetti di ricerca di interesse nazionale*

I criteri con cui il nostro Ateneo cofinanzierà i progetti approvati in sede nazionale si può finalmente avvalere dell'entrata a regime del sistema. Poiché, infatti, l'ammontare del cofinanziamento si decide sulla base dei programmi approvati ad ogni singolo responsabile nei tre anni precedenti ed il nuovo sistema ha appena compiuto i tre anni di applicazione, detti

criteri sono così stati stabiliti:

- 20 milioni per chi è stato e si ripropone coordinatore nazionale
- 18 milioni per chi ha avuto almeno un finanziamento nei tre anni
- 8 milioni per chi non ha mai avuto un progetto finanziato.

*Proposta ripartizione fondi ex 60%*

I 2300 milioni previsti quest'anno come finanziamento locale alla ricerca saranno ripartiti dalle 14 commissioni scientifiche di area che saranno elette in breve. Rispetto all'anno precedente l'ammontare del fondo è stato incrementato.

*Modifica regolamento ricerca scientifica*

Per le commissioni d'area di cui al punto precedente l'eletturato attivo e passivo spetterà a tutti i ricercatori sia confermati che non confermati. Si tratta di un adeguamento previsto dalla legge.

Sia i titolari di assegni di ricerca che i titolari di contratti di ricerca potranno essere comandati di missione se inseriti in programmi di ricerca.

*Varie ed eventuali*

Sono stati approvati:

- un accordo di cooperazione con l'Università di Belgrado
- una borsa di studio di 25 milioni provenienti dall' AIRC, responsabile Prof. Mantero
- il regolamento del Centro EBI
- il regolamento del Centro di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

**SENATO ACCADEMICO DEL 21/03/2000***Comunicazioni del Presidente*

- Sulla recente discussione, sorta sulla stampa locale, riguardante l'opportunità di istituire una Facoltà umanistica nell'Ateneo Dorico, il Rettore ha ricordato i motivi delle scelte finora effettuate e confermati in una recente intervista sulle pagine dedicate ad Ancona del quotidiano Il Messaggero.

- Il Presidente del CNR ha comunicato che sono stati individuati i temi prioritari per le richieste di finanziamento per l'anno 2000. Notizie più dettagliate saranno disponibili a breve. In ogni caso, a partire dal 2 maggio p.v., sarà operativo il sito [www.agenzia2000.cnr.it](http://www.agenzia2000.cnr.it) e l'indirizzo E-mail [info@agenzia@dcas.cnr.it](mailto:info@agenzia@dcas.cnr.it)

*Ricerca scientifica di Ateneo*

Sono stati approvati i lavori e le suddivisioni proposte da 12





delle 14 Commissioni d'area. Solamente le Commissioni 06 (Scienze Mediche) e 12 (Scienze Giuridiche) non hanno terminato i lavori. In questo modo, tutti coloro in procinto di presentare richieste di cofinanziamento a livello nazionale, possono considerare tra le risorse disponibili anche quelle derivanti dall'attuale ex 60%.

#### *Internazionalizzazione*

Sono giunte alcune proposte che verranno inoltrate al MURST con il seguente ordine di priorità:

- Riconoscimento mutuo di Laurea di secondo livello in European Economy (coinvolte 8 Università Europee).
- Summer School a Kator (Montenegro) sulla pianificazione territoriale
- Dottorato internazionale in produzioni zootecniche e foraggere
- Dottorato internazionale in ingegneria metallurgiche e delle misure.

#### *Varie ed eventuali*

- Approvato il Regolamento dell'Istituto di Emergenze Medico-Chirurgiche.
- Autorizzati vari docenti a supplenze fuori sede.
- Attivato un assegno di ricerca presso la Facoltà di Scienze, resp. Prof. P. Mariani.
- Accettate due donazioni per due premi di laurea: uno in Medicina e uno in Ingegneria
- Approvata la stipula della convenzione con l'Associazione Laureati della Facoltà di Ingegneria di Ancona (ALFIA)
- Approvato un Master in "Economia della pesca e gestione delle risorse ittiche"
- Approvato un Corso di perfezionamento in "Medicina necroscopica"
- Approvato un Corso di perfezionamento su "La decisione clinica basata sulle evidenze" da svolgersi a Pesaro.

### **SENATO ACCADEMICO DEL 11/04/2000**

#### *Comunicazioni del Presidente*

- Il prossimo Senato Accademico avrà luogo il 23 maggio. Vengono perciò annullate le sedute previste per il 9 ed il 30 maggio.
- Il CUN ha approvato una mozione in cui chiede al Ministro di rimandare di 1 anno l'attuazione del nuovo sistema universitario (inizio non prima dell'Anno Accademico 2001/2002).
- Il CUN ha inoltre chiesto di sganciare dalla legge finanziaria il collegato riguardante "Disposizioni in materia di stato giuridico dei professori e dei ricercatori universitari."

#### *Centri di Eccellenza*

Il Senato Accademico ha stabilito il seguente ordine di priorità ai fini dell'invio al MURST dei progetti per i Centri di eccellenza per la ricerca :

1. Centro per il controllo termico ed elettromagnetico di apparati a microonde" (presentato dalla Facoltà di Ingegneria).
2. Centro per lo studio di marcatori biomolecolari di patologia d'organo" (presentato dalla Facoltà di Medicina).
3. Centre for european studies and development strategies" (presentato dalla Facoltà di Economia).

#### *Attuazione articolo 26 comma 6 L. 448/98 - Collegato alla finanziaria 1999*

Il Senato Accademico ha proposto, in attuazione dell'art. 26, comma sesto, della Legge del 23.12.1998, n. 448, una regolamentazione per l'erogazione dei compensi incentivanti ai professori e ricercatori che svolgono attività di ricerca nell'ambito di progetti e programmi dell'Unione europea e internazionali. I fondi per queste incentivazioni si possono ottenere, per esempio, da opportuni accantonamenti operati sulla voce "overheads" previsti in ciascun programma europeo.

#### *Regolamento didattico di autonomia: presentazione*

E' stata presentata una bozza del regolamento didattico di autonomia, elaborato da una Commissione presieduta dal Prof. Olmo, che verrà discusso in una prossima seduta. Questo regolamento si renderà necessario nel momento in cui il Ministro emetterà i Decreti d'Area riguardanti i percorsi didattici di I e II livello. Il regolamento presentato è, per forza di cose, meno specifico di quello che dovranno essere i regolamenti didattici delle singole Facoltà. L'attuale bozza viene mandato anche al Consiglio Studentesco in attesa di un parere.

#### *Attivazione I anno del D.U. in Tecnico di Radiologia Medica*

E' stato espresso parere favorevole all'attivazione del 1° anno del corso di diploma universitario in tecnico di Radiologia Medica per l'A.A.2000/01.

#### *Varie ed eventuali*

- Sono stati ratificati i Decreti Rettorali riguardanti il finanziamento d'Ateneo anno 2000 per le aree 05, 06 e 12.
- Poiché la normativa vigente preclude ai professori fuori ruolo la possibilità di essere titolari di insegnamento, a decorrere dall'1/11/2000 i corsi di insegnamento delle Scuole di Specializzazione e di conseguenza la direzione delle Scuole stesse, non potranno essere affidati ai professori fuori ruolo.
- Sono stati conferiti assegni di ricerca richiesti dall'Istituto di





**Informatica e Dibiaga**

- I dottori Riccardo Lamonica ed Ennio Pattarin sono stati autorizzati a svolgere una supplenza presso altro Ateneo.
- E' stata concessa l'autorizzato a risiedere fuori sede al dott. Vincenzo Coppola.
- E' stata autorizzata l'istituzione di una borsa di studio per la ricerca "Biologia molecolare dei tumori del colon" con un contributo dell'AIRC presso l'Istituto di Oncologia Medica.

**Programmazione accessi ai corsi di studio a numero chiuso A.A. 2000/2001**

Il presente punto è stato rinviato in attesa del parere del Consiglio degli Studenti.

**Nucleo di valutazione: attuazione art. 1 L.370/99**

E' fatto obbligo di istituire un Nucleo di Valutazione interna. L'Università di Ancona ha recepito la normativa avendola in parte precorsa poiché detto nucleo è già operativo da prima dell'entrata in vigore di questa legge. Il nucleo di valutazione del nostro Ateneo è costituito da 5 membri che vengono confermati sino al 31/10/2000; sono i professori Giacomo Moriconi, Marco Crivellino, Giulio Magni, Graziella Pacelli e Pierpaolo Roggero.

**Centro Interdipartimentale di Servizi per l'uso dei radioisotopi in Medicina (CIRM)**

E' stata approvata la costituzione del Centro in oggetto presentata dal Prof. Mantero.

**Regolamenti Istituti**

Sono stati approvati i regolamenti degli Istituti di Medicina Clinica e di Malattie Infettive e Medicina Pubblica.

**Procedure di valutazione comparativa**

- Le assunzioni in servizio in corso d'anno di professori e ricercatori, a seguito di procedure di valutazione comparative potranno essere disposte solamente nei giorni 1° marzo e 1° ottobre. Per il corrente anno accademico le assunzioni di cui sopra potranno essere fatte entro il 16/04/2000. A seguito di quanto sopra è stato espresso parere favorevole all'integrazione del fabbisogno necessario alla copertura finanziaria del posto di 1^ fascia per il settore scientifico disciplinare F12A-Neuroradiologia.
- E' stato destinato alla Facoltà di Scienze MM.FF. e NN. un posto di 2^ fascia sul settore scientifico disciplinare G08B-Microbiologia agroalimentare ed ambientale.





La donna medico-pratico e la donna chirurgo sono figure ben note nell'arte medica antica, ma la professione medica è stata per secoli chiusa al sesso femminile. In Norvegia, la prima laurea in medicina ad una donna è stata conferita nel 1893. In Germania, una certa apertura delle facoltà mediche alle donne si è avuta solo nella prima decade del '900. La nostra Montessori viene indicata come prima donna laureata in medicina e chirurgia per l'Italia, stessi anni. Non mancano in Internet, <http://130.14.32.47> ed altri siti, centinaia di dati sull'ingresso del tutto recente della donna nella moderna professione medica. Le cose sono poi cambiate rapidamente. Già nel 1979 il 23% dei laureati medici era negli Stati Uniti di sesso femminile. Tale percentuale è salita al 41% nel 1997 e al 44% nel 1999. In Europa ed in Italia vi è larga evidenza della stessa evoluzione. Ma non è questo il punto.

Negli ultimi 50 anni, hanno le facoltà mediche superato inte-

ramente questo retaggio del passato? Può essere persistita nei comportamenti una qualche disparità?

Si tratta di

modernariato ancora fresco, ma fa già parte di una riflessione storica, con una letteratura consistente. In studi settoriali nel

Nord America la carriera femminile è risultata più lenta tra i radiologi, gli internisti ed i pediatri, mentre per gli anestesisti non è affiorata alcuna evidenza di disparità.

In inchieste più ampie, tutte le facoltà mediche americane negli ultimi 25 anni, le donne sono risultate favorite sugli uomini per l'ingresso nel corpo docente, hanno mantenuto immo-  
dificata nel tempo una prevalenza attorno al 60% tra gli assistant professor, sono salite dal 13 al 22% tra gli associate professor (con un range tra il 9% in ortopedia ed il 46% in pediatria), e dal 5 al 12% per i full professor. Alcuni dati suggeriscono un *timing of advancement a full professor* complessivamente più lento per le docenti donne. Le discipline più favorevoli sarebbero state nell'ordine *internal medicine, pediatrics, radiology, surgery, pathology (basic)*.

Altre inchieste non hanno mostrato svantaggi per la donna o, precisazione non pleonastica, per l'uomo. Non vi è stata evidenza di disparità, ad esempio, correlando gli avanzamenti con l'*impact factor* od i *grant esterni*.

Nei commenti si affacciano i temi del diverso equilibrio tra casa e lavoro, di talune inequità salariali in alcuni Paesi, di una minore aggressività femminile. Su quest'ultima notazione i pareri sono divisi. Catherine D De Angelis, persona appena nominata Editor di JAMA, rivendica una più ampia promozione delle donne docenti alle *leading positions* (NEJM 2000; 342: 426-7).

## Donne nella Medicina accademica





FRANCESCO ORLANDI

I dati MURST, gennaio '99, indicano nelle facoltà mediche italiane un 21,8% di donne sul totale dei docenti, con un 32% tra i ricercatori-assistenti, un 19% tra gli associati, ed un 8% tra gli ordinari. Nella Facoltà Medica di Ancona questi valori sono rispettivamente il 20% per il totale, il 41% tra i ricercatori, il 24% tra gli associati e il 6% tra gli ordinari.

La nostra piccola incursione nella medicina accademica femminile è stata ispirata dagli avanzamenti di carriera di due gentili colleghe, deliberati dalla Facoltà proprio l'8 di marzo.

\* \* \*

Il 150° anniversario della fondazione della *University Michigan Medical School* (UMMS) viene presentato con rilievo ai medici americani (*JAMA* 2000; 283: 915-20 ed editoriale, 929-30). La UMMS figura stabilmente tra le prime 10 facoltà USA nel

## Anniversari accademici

*ranking* della NIH, ed è ritenuta una delle più attente all'innovazione.

Gli anniversari

accademici rischiano spesso di essere celebrazioni meramente numeriche, all'ombra o meno di antiche bolle papali od imperiali. Noi, che stiamo celebrando appena un 30° anno, siamo ovviamente interessati alle motivazioni di partenza e alle strategie attuali di sviluppo.

La UMMS ha incontrato lunghe vicissitudini iniziali. Il primo tentativo di una scuola medica risale al 1817, in una Detroit di 4000 abitanti alla periferia nord-ovest. La cosa fallisce sotto una crisi economica originata dall'epidemia di colera. Vent'anni dopo alcuni privati donano 40 acri di terra in Ann Arbor, sperduto villaggio di frontiera con 2000 abitanti, privo di ferrovia. Dieci anni ancora dopo viene aperta una scuola medica privata, che fallisce in pochi mesi. Un gruppo di medici presenta allora una petizione a tutte le autorità. La facoltà di medicina si deve fare: 70 giovanotti hanno già dovuto migrare in altri Stati per divenire medici, ed il livello locale dell'assistenza medica sembra un po' troppo ancorato a salassi e clisteri.

Nel 1850 lo Stato del Michigan, infine, provvede ad una palazzina (foto) e ad un contratto biennale per cinque professori ("anatomy & surgery", "pathology & physiology", "pharmacy & medical jurisprudence", "physic or medicine", "physic"). Gli studenti non debbono pertanto pagare il biglietto lezione per lezione,

come altrove, essendo il professore già stipendiato. Le novanta matricole vengono selezionate sulla base di un "good moral character" e della conoscenza di latino e greco. Vi sono quattro lezioni al giorno dal lunedì al venerdì e dimostrazioni cliniche il sabato, da ottobre ad aprile, due anni e poi la tesi. Seguono tre anni di apprendistato, con il dovere di accudire il cavallo del medico tutore, di tener fermi i malati durante gli interventi, etc.

Vengono poi periodi di espansione della UMMS, l'avvento della medicina scientifica, lo sviluppo dell'ospedale di insegnamento con 848 letti di degenza. Il gene della fibrosi cistica, ad esempio, viene identificato nella UMMS, che guida la ricerca sulla terapia genica delle coronaropatie e della miostrofia di Duchenne. Ma la patologia molecolare non è la sola frontiera.

Negli anni '90, il controllo della spesa impone ovunque scelte amministrative e culturali pesanti. Nella UMMS avviene un duro confronto tra una strategia di licenziamenti e di tagli ai programmi di sviluppo, con un distacco dell'ospedale dall'Università, ed un piano di razionalizzazione nella integrazione tra ricerca, didattica ed assistenza, con livelli di eccellenza sia tecnologica che metodologica garantiti da un massiccio impegno scientifico e culturale dell'Università. Prevale questa seconda linea.

Tutti i processi operativi dell'UMMS sono rivisitati e rinnovati adottando la filosofia *putting patients and families first*. Il costo medio per paziente viene ridotto del 20% mutuando programmi presi dalla General Motors, dai Ritz Carlton Hotels e da altre esperienze di management. Un nuovo programma per il XXI secolo viene firmato tra UMMS e Ford, con l'obiettivo di ridurre i costi dell'assistenza sanitaria del personale all'insegna della qualità e della razionalizzazione. I programmi manageriali elaborati nella UMMS interessano attualmente i sistemi nazionali Medicaid e Medicare, possibili compratori. La UMMS crea nel 1997 il *Michigan Health System*, una rete di 32 strutture sanitarie che la collega stabilmente con il territorio. Lo Stato del Michigan delibera investimenti ventennali basati su consorzi tra UMMS e altre istituzioni ed agenzie.

Allo stesso tempo la UMMS stanziava fondi speciali per i docenti che promuovano una didattica ispirata ai nuovi bisogni sociali, alla nuova pratica medica, alle nuove acquisizioni, e investe sulla biologia molecolare, le neuroscienze e l'ingegneria biomedica.

Queste risposte della UMMS al cambiamento vengono indicate dalla American Medical Association come *an example worthy of imitation*. Esse fanno già parte della storia della medicina.





## Istituzione di un Centro servizi multimediali ed informatici

### IL RETTORE

VISTO l'art. 40 "Centri di Servizio di Ateneo" dello Statuto di autonomia dell'Università degli Studi di Ancona così come modificato con delibera del Senato Accademico in data 22/7/99, recepito dal M.U.R.S.T. senza osservazioni con nota del 16/11/99 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 5 del 8/1/2000;

RITENUTO OPPORTUNO costituire presso l'Università degli Studi di Ancona il "Centro di Servizi Multimediali ed Informatici";

VISTA la delibera del Consiglio di Amministrazione in data 9/12/99 con la quale è stato espresso parere favorevole in merito alla costituzione del succitato Centro di Servizi;

VISTA la delibera del Senato Accademico in data 16/12/99 con la quale è stato autorizzato il Rettore a costituire, con proprio provvedimento, presso l'Università degli Studi di Ancona, il "Centro di Servizi Multimediali ed Informatici";

VISTO il Decreto Rettorale n. 334 del 9/2/2000 con il quale è stato emanato lo Statuto del Centro;

TENUTO CONTO che l'art. 2 dello Statuto del Centro stabilisce che lo stesso potrà svolgere la propria attività presso tutte le Facoltà dell'Ateneo che vi aderiranno;

VISTA la nota Rettorale Prot. n. 10230 del 26/1/2000 con la quale è stato chiesto ai Presidi delle Facoltà di voler far pervenire, se interessati, la richiesta di adesione contenente l'indicazione del personale, attrezzature, fondi e spazi che intendono mettere a disposizione del "Centro di Servizi Multimediali ed Informatici";

VISTE le delibere dei Consigli delle Facoltà di Scienze MM.FF.NN., di Ingegneria, di Agraria e Medicina e Chirurgia con cui, in risposta alla suddetta nota rettoriale, chiedono l'adesione al Centro in questione;

VISTA la delibera del Consiglio di Amministrazione in data 25/2/2000 con la quale è stato espresso parere favorevole alla soppressione del Centro Servizi Informatici, quale struttura interna al Centro di Spesa della Facoltà di Ingegneria, e ha espresso parere favorevole all'adesione al Centro suddetto da parte delle Facoltà di Scienze MM.FF.NN., di Ingegneria, di Agraria e di Medicina e Chirurgia;

VISTA la delibera del Senato Accademico in data 29/2/2000 che, ottemperando agli adempimenti previsti dall'art. 16 lett. H) dello Statuto di autonomia dell'Università sentito il parere del Consiglio di Amministrazione in data 25/2/2000, ha prov-

veduto alla soppressione del Centro Servizi Informatici, quale struttura interna al Centro di Spesa della Facoltà di Ingegneria e ha recepito le adesioni proposte dai Consigli di Facoltà di cui sopra, in termini di spazi, mezzi, beni e personale;

VISTO l'art. 5 e 8 dello Statuto del Centro, (Allegato "A" parte integrante del presente decreto) che stabilisce che il Senato Accademico deve designare i 5 componenti del Comitato Tecnico Scientifico e deve nominare il Direttore del Centro di Servizi Multimediali ed Informatici;

### DECRETA

A) di sopprimere dalla data del 15/3/2000 il Centro Servizi Informatici, quale struttura interna al Centro di Spesa della Facoltà di Ingegneria;

B) di costituire, dalla data del 15/3/2000, il Centro di Servizi Multimediali ed Informatici cui vengono assegnati gli spazi, i mezzi, le attrezzature ed il personale messi a disposizione dalle strutture che vi hanno aderito;

C) di assegnare al Centro, recependo le adesioni delle sottoelencate Facoltà, quanto di seguito elencato:

*Facoltà di Ingegneria* (delibera del 19/1/2000)

- Dotazione finanziaria: L. 50.000.000=
- Personale: ing. Raul Castagnani, sig. Franco Mattei, sig. Paolo Sebastianelli, sig.ra Maria Antonietta Vinciguerra
- Spazi e attrezzature a disposizione del soppresso Centro Servizi Informatici;

*Facoltà di Medicina e Chirurgia* (delibera del 16/2/2000)

- Dotazione finanziaria: L. 10.000.000=
- Personale: Sig. Stefano Rosoni - VI qualifica funzionale
- Attrezzature:

- 1) Aula Magna multimediale con auletta, già predisposta
- 2) Atelier Informatico studenti (dotazione n. 18 PC + server/ 2 stampanti)
- 3) Aula Didattica multimediale (dotazione n. 11 PC + server/ 2 stampanti/ videoproiettore)

*Facoltà di Scienze MM.FF.NN.* (delibera del 26/1/2000)

- Personale: Giorgio Gelo Signorino collaboratore amm.vo 7^ qualifica

*Facoltà di Agraria* (delibera del 16/2/2000)

- Dotazione finanziaria: L. 10.000.000=

D) di nominare l'Ing. Raul Castagnani, coordinatore generale dei servizi di elaborazione dati - Il qualifica ruolo speciale tecnico, Direttore del Centro di Servizi Multimediali ed Informatici.

Detto incarico decorre dalla data del 15/3/2000 e termina il 31/10/2002.

E) Per la composizione del Comitato Tecnico Scientifico del suddetto Centro sono nominati i Signori sottoelencati:





- |                          |   |
|--------------------------|---|
| 1) Prof. Edoardo Biondi  | Preside Facoltà di Agraria                                    |
| 2) Prof. Giovanni Latini | Preside Facoltà di Ingegneria                                 |
| 3) Prof. Paolo Ercolani  | Preside Facoltà di Economia                                   |
| 4) Prof. Ettore Olmo     | Preside Facoltà di Scienze<br>MM.FF.NN.                       |
| 5) Prof. Ugo Salvolini   | Delegato del Preside della<br>Facoltà di Medicina e Chirurgia |

Il Decano dei componenti del succitato Comitato Tecnico Scientifico provvederà a convocare tutti i rappresentanti, al fine di procedere all'elezione del Presidente del Centro stesso.

Gli incarichi dei componenti del Comitato Tecnico Scientifico avranno la durata dello scorcio del triennio accademico 1999/2002, salvo rinnovo in caso di decadenza dei Presidi.

F) L'Economo dell'Università degli Studi di Ancona è autorizzato a verificare e ad apportare le opportune correzioni inventariali procedendo quindi alla consegna di tali beni al Direttore del Centro.

Il Comitato Tecnico Scientifico del Centro stabilirà inoltre, sulla base delle attuali afferenze e su eventuali e successive adesioni quanto necessario per poter usufruire delle prestazioni che il Centro potrà offrire o che verranno richieste al Centro stesso.

Con successivo provvedimento saranno disposte le assegnazioni di bilancio al Centro, di Servizi Multimediali ed Informatici, nei confronti del quale, in qualità di Centro di Spesa, si applica, ai fini amministrativo contabili, la disciplina del Tit. III del Regolamento per l'Amministrazione, la Contabilità e la Finanza.

*Il Rettore*



## Centro servizi multimediali ed informatici

### STATUTO

#### ART. 1 *Istituzione*

E' istituito presso l'Università degli Studi Ancona il Centro di Servizi Multimediali ed Informatici di Ateneo, ai sensi dell'art. 40 dello Statuto che costituisce il sistema per la multimedialità e l'informatica destinato alla didattica e alla ricerca.

#### ART. 2 *Sede*

Il Centro Servizi Multimediali ed Informatici avrà sede a Montedago e potrà svolgere la propria attività presso tutte le facoltà dell'Ateneo che aderiscono al Centro.

#### ART. 3 *Finalità*

Il Centro favorisce lo sviluppo della multimedialità, utilizzando la convergenza tecnologica tra l'informatica, le telecomunicazioni e la microelettronica e sopperisce, su richiesta delle strutture aderenti, alle necessità connesse alla gestione delle risorse informatiche messe a disposizione per le esigenze didattiche e scientifiche dell'Università degli Studi di Ancona. In particolare fornisce:

- servizi di calcolo per l'Ateneo garantendone il supporto gestionale, organizzativo e di consulenza per l'utenza
- attività di supporto, sviluppo, consulenza e primo intervento sui sistemi informatici sia appartenenti al Centro sia appartenenti ad altre strutture dell'Ateneo
- la gestione dell'infrastruttura di rete di trasmissione dati interna all'Ateneo e dei collegamenti di questa verso l'esterno
- gestione dei servizi connessi all'infrastruttura di rete di Ateneo ed attività di promozione all'uso di strumenti e tecnologie telematiche all'interno dell'Ateneo
- supporto e gestione dei servizi di ateneo connessi ai sistemi multimediali per la teledidattica e teleformazione
- attività di formazione, qualificazione e aggiornamento nel settore informatico rivolta al personale dell'Ateneo

#### ART. 4 *Organi*

Sono organi del Centro:

- Comitato Tecnico Scientifico
- Direttore

#### ART. 5 *Composizione del Comitato Tecnico-Scientifico*

Il Comitato Tecnico-Scientifico è costituito da 5 componenti ed è nominato dal Rettore su designazione del Senato Accademico tenendo anche conto delle strutture afferenti.

Il C.T.S. è convocato almeno due volte l'anno dal Presidente. Il Presidente del Comitato Tecnico-Scientifico è eletto, nel proprio seno.

Partecipa ai lavori del Comitato il Direttore.

#### ART. 6 *Compiti del Comitato Tecnico Scientifico*



Compete al Comitato Tecnico Scientifico:

- a) approvare il Regolamento interno;
- b) proporre al Consiglio di Amministrazione le condizioni e le modalità di adesione al centro da parte delle strutture primarie;
- c) deliberare sulle richieste di nuove adesioni al Centro;
- d) approvare programmi di gestione e sviluppo delle attività del Centro;
- e) assumere le funzioni amministrative e contabili demandate ai Consigli dei Centri di Spesa dal Regolamento per l'Amministrazione, la Contabilità e la Finanza;
- f) approvare il tariffario per particolari servizi forniti dal Centro all'interno e all'esterno.

**ART. 7 Compiti del Presidente del Comitato Tecnico-Scientifico**

Compete al Presidente del Comitato Tecnico-Scientifico:

- a) convocare e presiedere il Comitato Tecnico-Scientifico;
- b) predisporre in collaborazione con il Direttore:
  - 1) il piano di utilizzo dei fondi a disposizione, con cadenza almeno annuale;
  - 2) una relazione, con cadenza almeno annuale, sulle attività e necessità della struttura.

**ART. 8 Direttore del Centro**

Il Direttore del Centro è designato dal Senato Accademico e nominato dal Rettore tra il personale appartenente al ruolo speciale tecnico e scientifico di II o I qualifica speciale.

**ART. 9 Compiti del Direttore del Centro**

Compete al Direttore:

- a) sovrintendere e coordinare le attività del Centro nell'ambito delle linee programmatiche fissate dal C.T.S.
- b) curare l'esecuzione delle delibere del Comitato Tecnico-Scientifico
- c) la responsabilità della gestione amministrativa e contabile nei limiti e con le modalità indicati nel Regolamento per l'Amministrazione, la Contabilità e la Finanza dell'Ateneo assumendo le funzioni del Direttore del Centro di Spesa;
- d) essere consegnatario dei beni mobili risultanti nei registri inventariali del Centro;
- e) predisporre in collaborazione con il Presidente del C.T.S.
  - 1) il piano di utilizzo dei fondi a disposizione del Centro con cadenza almeno annuale;
  - 2) una relazione, con cadenza almeno annuale, sulle attività e necessità della struttura;
- c) l'organizzazione dei corsi di addestramento.

**ART. 10 Durata degli incarichi**

Gli incarichi di cui ai precedenti articoli hanno la durata di un triennio accademico.

**ART. 11 Dotazione finanziaria**

Costituiscono la dotazione finanziaria del Centro:

- fondi messi a disposizione dalle strutture afferenti.
- i proventi da addebiti all'utenza di servizi a tariffario (approvato dal C.T.S.);
- i contributi di enti o privati versati per convenzioni o a titolo di liberalità;
- ogni altro fondo specificatamente destinato al Centro;
- i fondi messi a disposizione sul bilancio di Ateneo;

**ART. 12 Organizzazione periferica**

Presso ogni Facoltà afferente il Direttore Amministrativo su proposta del Direttore del Centro può nominare un responsabile operativo di Facoltà tra il personale dell'area tecnico scientifica di qualifica non inferiore alla 7<sup>a</sup> che avrà la responsabilità dell'attività che si svolge presso la Facoltà. Qualora il Responsabile Operativo di Facoltà sia di 8<sup>a</sup> qualifica funzionale, può essere delegato dal Direttore del Centro ad effettuare spese fino a L. 10.000.000= nonché alla conservazione del patrimonio collocato presso la Facoltà.

**ART. 13 Normativa di riferimento**

Per tutto quanto non previsto nel presente regolamento valgono le disposizioni contenute nello Statuto e nei Regolamenti vigenti dell'Università degli Studi di Ancona.





DECRETO RETTORALE N. 481  
DEL 9/3/2000

## Istituzione di un Centro di Ateneo di documentazione

IL RETTORE

VISTO l'art. 40 "Centri di Servizio di Ateneo" dello Statuto di autonomia dell'Università degli Studi di Ancona così come modificato con delibera del Senato Accademico in data 22/7/99, recepito al MURST senza osservazioni con nota del 16/11/99 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 5 dell'8/1/2000;

VISTA la delibera del Consiglio di Amministrazione nella seduta del 9/12/99 con la quale è stato espresso parere favorevole in merito alla costituzione del succitato Centro di Servizi;

VISTA la delibera del Senato Accademico nella seduta del 16/12/99 con la quale è stato autorizzato il Rettore a costituire, con proprio provvedimento il suddetto Centro, ai sensi dell'art. 40 dello Statuto di autonomia dell'Università degli Studi di Ancona, secondo il testo allegato allo stesso;

VISTO il decreto rettorale n. 333 del 9/2/2000 con il quale è stato emanato lo Statuto del Centro di Ateneo di Documentazione;

VISTA la delibera del Consiglio di Amministrazione in data 24/2/2000 con la quale è stato espresso parere favorevole alla soppressione della Biblioteca Tecnico Scientifica - Biomedica Unificata di Monte Dago e della Facoltà di Economia e al trasferimento dei beni, debiti, crediti e del personale al Centro di Documentazione;

VISTA la delibera del Senato Accademico in data 29/2/2000 che su parere del Consiglio di Amministrazione espresso nella suddetta seduta, ottempera agli adempimenti previsti dall'art. 16, lett. H) dello Statuto di autonomia dell'Università, nonché agli adempimenti previsti nello Statuto di costituzione del Centro;

VISTE le note con le quali in base all'art. 4 dello Statuto del Centro, i Presidi di Facoltà hanno delegato i loro rappresentanti;

VISTO il personale afferente alle Biblioteche di cui è stata deliberata la soppressione;

DECRETA

A) di sopprimere, dalla data del 15 Marzo 2000, così come deliberato dal Senato Accademico nella seduta del 29/2/2000, la Biblioteca Tecnico Scientifica - Biomedica Unificata di Monte Dago e la Biblioteca della Facoltà di Economia;

B) di costituire, a decorrere dal 15/3/2000, il Centro di Ateneo di Documentazione in cui confluiscono tutte le funzioni delle sopresse strutture;

C) di nominare la Dott.ssa Silvia Sottili, coordinatore generale di Biblioteca - ruolo speciale II qualifica, Direttore del Centro di Ateneo di Documentazione;

Detto incarico decorre dalla data del 15/3/2000 e termina il 31/10/2002.

D) di nominare i componenti del Comitato Tecnico Scientifico del Centro suddetto, che pertanto risulta composto nel modo seguente:

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| - Prof.ssa Oriana Silvestroni | delegato del Preside della Fac. di Agraria           |
| - Prof. Fiorenzo Conti        | delegato del Preside della Fac. di Medicina e Ch.    |
| - Prof. Alessandro Stazi      | delegato del Preside della Fac. di Ingegneria        |
| - Prof. Paolo Ercolani        | Preside della Facoltà di Economia                    |
| - Prof. Lucedio Greci         | delegato del Preside della Fac. di Scienze MM.FF.NN. |

Gli incarichi dei componenti del Comitato Tecnico Scientifico avranno la durata dello scorcio del triennio accademico 1999/2002, salvo rinnovo in caso di decadenza dei Presidi.

Il Decano del succitato Comitato Tecnico Scientifico provvederà a convocare tutti i componenti del Comitato per gli adempimenti conseguenti previsti dallo Statuto del Centro.

E) Il Centro di Documentazione avrà a disposizione il personale tecnico e amministrativo già assegnato alle sopresse Biblioteca Tecnico Scientifica - Biomedica Unificata di Monte Dago e Biblioteca della Facoltà di Economia di seguito elencato:

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| - Angioletti Alberto     | - Paoloni Rolando        |
| - Apis Sandro            | - Buscarini Alberto      |
| - Cardinaletti Francesca | - Rossi Catia            |
| - Cinelli Carlotta       | - Sebastianelli Stefania |
| - Clementi Cesarina      | - Conti Fabrizio         |
| - Corradetti Vinicio     | - Falcone Marilena       |
| - Falcinelli Giuseppe    | - Rossolini Giovanna     |
| - Giuliodori Armando     | - Guerrini Laura         |
| - Iannacci Franceschina  | - Magiera Gianfranco     |
| - Lorenzetti Palmiro     | - Seracini Silvia        |
| - Lucesoli Lucio         | - Simoncini Stefania     |
| - Sottili Silvia         | - Archivio Antonio       |

Vengono inoltre assegnati n. 2 posti di 4° livello - agente di servizi ausiliari in regime di tempo parziale al 50%.

F) Il Centro potrà esplicare la propria attività, così come previsto dall'art. 10 dello Statuto del medesimo (Allegato "A" parte integrante del presente decreto), presso il Polo Monte



Dago, il Polo Torrette, e il Polo Villarey nei locali già occupati dalle soppresse strutture di cui sopra.

G) Al Centro di Ateneo di Documentazione sono assegnate tutte le attrezzature e il patrimonio librario appartenuti alle soppresse Biblioteche; allo stesso vengono trasferiti i beni, i debiti e i crediti delle soppresse Biblioteche.

H) L'Economo dell'Università degli Studi di Ancona è autorizzato a verificare e ad apportare le opportune correzioni inventariali procedendo quindi alla consegna di tali beni al Direttore del Centro.

Con successivo provvedimento saranno disposte le assegnazioni di bilancio al Centro di Ateneo di Documentazione, nei confronti del quale, in qualità di Centro di Spesa, si applica, ai fini amministrativo contabili, la disciplina del Tit. III del Regolamento per l'Amministrazione, la Contabilità e la Finanza.

*Il Rettore*



## Centro di Ateneo di documentazione

### Statuto

#### ART. 1 - *Istituzione*

E' istituito il Centro di Ateneo di Documentazione che costituisce il Sistema di Documentazione che comprende le strutture che si occupano di gestione del patrimonio di documentazione e dell'accesso alle informazioni documentali.

Il Centro esplica la propria attività su tre poli:

- 1) Polo Montedago
- 2) Polo Torrette
- 3) Polo Villarey.

#### ART. 2 - *Finalità*

Il Centro di documentazione è dedicato alle esigenze della ricerca e della didattica ed è inserito funzionalmente in sistemi informativi locali, nazionali, internazionali.

#### ART. 3 - *Organi*

Sono organi del Centro di documentazione:

- Comitato Tecnico Scientifico
- Direttore

#### ART. 4 - *Composizione Comitato Tecnico Scientifico*

Il Comitato Tecnico Scientifico è costituito dai Presidi di Facoltà o loro delegati.

Il Presidente è eletto nel proprio seno dal Comitato.

Il C.T.S. è convocato almeno due volte l'anno dal Presidente.

Partecipa ai lavori del Comitato il Direttore del Centro.

#### ART. 5 - *Compiti del Comitato Tecnico Scientifico*

Il Comitato Tecnico Scientifico è la struttura di indirizzo, programmazione, coordinamento e controllo.

In particolare svolge i seguenti compiti:

- a) approvare il Regolamento interno;
- b) analizzare, valutare e promuovere la partecipazione del Centro a consorzi e convenzioni tra Atenei o altri Enti per la condivisione di risorse informative, banche dati, etc.;
- c) approvare l'adesione a cataloghi collettivi nazionali;
- d) promuove la collaborazione tra le strutture che costituiscono il Sistema di Ateneo (catalogo unico, prestiti interbibliotecari etc.);
- e) esprime pareri e formule proposte agli organi accademici in particolare per quanto riguarda le risorse destinate al Centro;
- f) esprime valutazioni sul funzionamento delle singole strutture e sulla loro efficacia a supporto della ricerca e della didattica;
- g) promuove progetti innovativi;
- h) favorisce la cooperazione con gli altri atenei e con altri sistemi di documentazione.
- l) assumere le funzioni amministrative e contabili demandate



ai Consigli dei Centri di Spesa dal Regolamento per l'Amministrazione, la Contabilità e la Finanza.

#### ART. 6 - *Compiti del Presidente del Comitato Tecnico Scientifico*

Compete al Presidente del Comitato Tecnico Scientifico:

- a) convocare e presiedere il Comitato Tecnico Scientifico;
- b) predisporre in collaborazione con il Direttore del Centro:
  - 1) il piano di utilizzo dei fondi a disposizione del Centro, con cadenza almeno annuale
  - 2) una relazione, con cadenza almeno annuale, sulle attività e necessità della struttura
- c) curare l'esecuzione delle delibere del Comitato Tecnico Scientifico.

#### ART. 7 - *Direttore*

Il Direttore del Centro è designato dal Senato Accademico e nominato dal Rettore tra il personale appartenente al ruolo speciale tecnico scientifico e delle Biblioteche, di II o di I qualifica speciale e sarà coadiuvato da responsabili operativi di Polo.

#### ART. 8 - *Compiti del Direttore*

- Coordinare le attività del Centro e dei relativi Poli nell'ambito delle linee programmatiche stabilite dal Comitato Tecnico Scientifico;
- Promuovere e curare, in accordo con i responsabili operativi di Polo, l'uniformità e omogeneità delle procedure di erogazione dei servizi;
- Promuovere l'adesione a cataloghi collettivi nazionali;
- Promuovere e coordinare l'attività di formazione del personale
- Curare i rapporti con le biblioteche delle strutture primarie dell'ateneo;
- Predisporre in collaborazione con il Presidente del Comitato Tecnico Scientifico:
  - 1) Il piano di utilizzo dei fondi a disposizione del Centro con cadenza almeno annuale.
  - 2) Una relazione, con cadenza almeno annuale, sulle attività e necessità del Centro.

Il Direttore ha la responsabilità della gestione amministrativa e contabile nei limiti e con le modalità indicati nel Regolamento per l'Amministrazione, la Contabilità e la Finanza dell'Ateneo assumendo le funzioni del Direttore del Centro di Spesa;

#### ART. 9 - *Attività dei Poli*

Presso i Poli si svolge l'attività di biblioteca ed in particolare: l'acquisizione, la catalogazione, la collocazione ed il servizio all'utenza.

Come previsto dal Regolamento Generale di Ateneo il servizio deve essere aperto agli utenti per almeno 50 ore settimanali.

#### ART. 10 - *Organizzazione dei Poli*

Presso ogni Polo può essere costituita una Commissione la cui composizione e funzione saranno definite dal regolamento Interno del Centro.

Nel caso della loro costituzione, dovrà essere prevista la partecipazione di una rappresentanza studentesca.

Presso ogni Polo è nominato un responsabile operativo di Polo dal Direttore Amministrativo su proposta del Direttore del Centro tra i funzionari dell'area tecnico scientifico e di Biblioteca ed ha la responsabilità dell'attività che si svolge presso il Polo.

Il responsabile operativo di Polo, su delega del Direttore, provvede alle spese sino a L. 10.000.000 nonché alla conservazione del patrimonio collocato presso il Polo.

#### ART. 11 - *Durata degli incarichi*

Gli incarichi di cui ai precedenti articoli hanno la durata di un triennio accademico.

#### ART. 12 - *Normativa di riferimento*

Per tutto quanto non previsto nel presente regolamento valgono le disposizioni contenute nello Statuto e nei Regolamenti vigenti, dell'Università degli Studi di Ancona.





## Regolamento sulle incentivazioni

IL RETTORE

Visto il D.Lgs. 29/93 e successive modificazioni, in particolare l'art. 24, comma 6;

Vista la Legge n. 334 del 2.10.1997 ed in particolare l'art. 2;

Vista la Legge 19.10.1999 n. 370 ed in particolare l'art. 4 "incentivazione dei professori e dei ricercatori";

Considerato che questa Università aveva già emanato disposizioni sulle incentivazioni con delibera del Senato Accademico in data 30.10.1998

Considerato che ai sensi del comma 2 dell'art. 4 della Legge n. 370/99 le Università erogano i Compensi per l'incentivazione delle attività didattiche sulla base di disposizioni interne emanate dagli Atenei stessi;

Vista la delibera del Senato Accademico in data 21.1.2000 con la quale viene approvato il Regolamento incentivi ai sensi della Legge n. 370/99;

Vista la delibera del Senato Accademico in data 29.2.2000 di approvazione del verbale della seduta del 21.1.2000;

DECRETA

E' emanato il Regolamento Incentivi per la didattica ai sensi dell'art. 4 della Legge n. 370 del 19. 10.1999, come da testo allegato che costituisce parte integrante del presente provvedimento.

Detto Regolamento entra in vigore dall'1.4.2000.

REGOLAMENTO

### Art. 1 - *Compensi incentivanti*

L'Università di Ancona eroga ai professori e ricercatori della sede compensi incentivanti l'impegno didattico, ai sensi dell'art. 4 della legge n. 370 del 19.10.99, sui fondi di Ateneo di cui all'art. 24, comma 6, del D. Lgs. n. 29/1993 e successive modificazioni, cui afferiscono le risorse assegnate dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, anche integrate con disponibilità proprie.

### Art. 2 - *Progetti e obiettivi*

1. L'incentivazione dell'impegno didattico è finalizzata al perseguimento di obiettivi di adeguamento quantitativo e di miglioramento qualitativo dell'offerta formativa, con riferimento anche al rapporto tra studenti e docenti nelle strutture didattiche all'orientamento e al tutorato.

2. I progetti di incentivazione devono riguardare l'innovazione metodologica e tecnologica e attività formative propedeutiche, integrate e di recupero, quali: - pre-corsi; - attività di orientamento e tutorato; - corsi ripetuti/serali; - didattica innovativa: a) utilizzo di tecnologie informatiche, telematiche e/o multimediali; b) didattica interattiva; c) *stages*, addestramento professionale.

3. I progetti di incentivazione, proposti da singoli o gruppi di docenti, dovranno configurarsi come attività didattica aggiuntiva (extra-curriculare) e non sostitutiva dell'ordinaria attività didattica.

4. Le attività di cui al presente articolo in nessun caso possono costituire ampliamento dei programmi d'esame.

### Art. 3 - *Criteri*

I compensi incentivanti sono riservati a professori e a ricercatori a tempo pieno e, nel caso di personale medico, a coloro che optino per l'attività intramuraria;

- che non svolgano attività didattica comunque retribuita presso altre università o istituzioni pubbliche e private;

- che dedichino, in relazione agli obblighi didattici previsti dalla legge ed escludendo le supplenze retribuite, in ogni tipologia di corso di studio universitario (compreso il dottorato di ricerca e le attività universitarie nel campo della formazione continua, permanente e ricorrente), almeno 120 (centoventi) ore annuali a lezioni, esercitazioni e seminari, nonché ulteriori e specifici impegni orari per l'orientamento, l'assistenza ed il tutorato, la programmazione e l'organizzazione didattica, l'accertamento dell'apprendimento e comunque svolgano attività didattiche con continuità per tutto l'anno accademico.

### Art. 4 - *Procedure*

1. Le Facoltà approvano, nell'ambito delle disponibilità dei fondi di cui all'art. 1 stanziati dal Consiglio di Amministrazione e ripartiti con i criteri individuati dal Senato Accademico i progetti di incentivazione dell'impegno didattico in sede di programmazione dell'attività e, comunque, entro il 30 giugno di ogni anno.

2. Le proposte devono essere adeguatamente descritte e motivate in ordine agli obiettivi didattici che si intende perseguire, agli strumenti e metodologie didattiche ed informatiche utilizzate, al personale coinvolto nel progetto.

3. La delibera della Facoltà dovrà inoltre contenere gli importi dei compensi da erogare a professori e ricercatori, sulla base dell'impegno orario.

4. I compensi incentivanti non potranno superare l'importo annuo pari al trenta per cento della retribuzione complessiva (stipendio annuo lordo), avendo come riferimento un costo orario per compenso incentivante non superiore a Lire 200.000 (duecentomila) onnicomprensive.

### Art. 5 - *Verifica*

1. Con le consuete modalità in uso per la verifica dell'attività didattica, anche i progetti volti al miglioramento quantitativo e qualitativo della didattica saranno sottoposti alla valutazione degli studenti, attraverso questionari anonimi predisposti dal Nucleo di Valutazione dell'Ateneo.

2. La Commissione di Facoltà, istituita ai sensi dell'art. 6 - 5° comma della legge 19.10.99 n. 370, valuterà l'efficacia dei progetti.

3. I risultati della valutazione rilevati da ogni Facoltà costituiranno il presupposto indispensabile per l'erogazione dei compensi.

### Art. 6 - *Erogazione dei compensi*

1. L'impegno aggiuntivo dovrà essere certificato da apposito registro, controfirmato dal Preside della Facoltà di appartenenza, contenente l'indicazione del tipo di progetto realizzato e le ore effettuate dai Professori o Ricercatori interessati.

2. Il Preside trasmetterà all'Amministrazione, ai fini della liquidazione dei compensi ai professori e ricercatori confermati, il registro con le ore effettivamente svolte, che devono essere in aggiunta all'impegno previsto dalla legge, oltre ai risultati della valutazione effettuata.

### Art. 7 - *Pubblicità*

1. L'Ateneo assicura la pubblicità del presente regolamento, nonché dei progetti e dei percettori dei compensi mediante affissione all'Albo, alle bacheche di Facoltà e sul sito internet.

2. Il presente Regolamento sarà, altresì, inviato al Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica.




**MAGGIO**

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
2-mag	12.00	Aula Clinica Mal. Infettive (Osp. Umberto I)	Terapia delle epatiti croniche	Prof. G. Scalise	DS: M, G, H, I, L, BB, DD, MM
2-mag	14.30/16.30	Cattedra di Medicina Legale	Ciechi civili	Dott. M. Cingolani	DS: L, LL, Q
2-mag	16.30	INRCA	Novità in chirurgia bariatrica	Prof. V. Saba, Dott. Gaggiotti	DS: D
2-mag	18.00	Patologia Chirurgica Osped. Umberto I	La diagnosi precoce delle neoplasie mediante l'uso di tecniche di biologia molecolare	Prof. Cutrupi (Roma), Prof. E. Lezoche	DS: D, R, H
3-mag	15.00	Aula Istituto Discipline Psichiatriche e Sociomediche	Il soggetto nella clinica psicoanalitica di J. Lacan	Prof. G. Borsetti, Dott. R. Coltrinari, Dott. P. Feliciotti	DS: O, P, U, T, GG
3-mag	15.00	Polo Didattico Torrette	Malformazioni congenite dell'apparato urogenitale	Prof. G. Amici	DS: D, E, V
4-mag	14.30/16.30	Cattedra di Medicina Legale	Violenza sessuale	Dott. M. Cingolani	DS: I, DD, LL
4-mag	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	"DS: A; P; EE"
4-mag	14.30/16.30	Aula Clinica Medica	Meeting Clinici	Prof. P. Leoni	DS: A, G, R, DD
8-mag	14.30/16.30	Aula Clinica Medica	Meeting Clinici	Prof. P. Leoni	DS: A, G, R, DD
9-mag	12.00	Aula Clinica Mal. Infettive (Osp. Umberto I)	Terapia antiretrovirale	Prof. G. Scalise	DS: M, G, H, I, L, BB, DD, MM
9-mag	16.30	INRCA	Incontinenza fecale e neurostimolazione sacrale	Prof. V. Saba, Dott. Ghiselli	DS: D
10-mag	15.00	Aula Istituto Discipline Psichiatriche e Sociomediche	La clinica delle tossicomanie nell'insegnamento di J. Lacan	Prof. G. Borsetti, Dott. R. Coltrinari, Dott. O. Verdicchio	DS: O, P, U, T, GG
11-mag	12.00/14.00	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	La sindrome fibromialgica	Prof. W. Grassi, Dott.ssa M. Baroni, Dott. F. Salaffi	DS: O, S, FF
11-mag	8.30/10.30	Neuroradiologia-Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	"DS: A; P; EE"
11-mag	14.30/16.30	Aula Clinica Medica	Meeting Clinici	Prof. P. Leoni	DS: A, G, R, DD
12-mag	13.00/15.00	Polo Didattico Torrette Auletta Gastroenterologia	Carcinoma epatocellulare: stato dell'arte	Prof. A. Francavilla (Univ. Bari)	DS: tutte
12-mag	15.00	Aula Istituto Discipline Psichiatriche e Sociomediche	La relazione medico-paziente: le soggettività	Prof. G. Borsetti, Dott.ssa G. Mircoli	DS: L, O, P, DD
12-mag	17.00	Aula Istituto Discipline Psichiatriche e Sociomediche	Dismorfofobie e immagine corporea	Prof. G. Borsetti, Dott.ssa F. Franca, Dott. R. Coltrinari	DS: O, P, DD, HH, T, U, I
12-mag	14.00/15.00	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
15-mag	14.30/16.30	Aula Clinica Medica	Meeting Clinici	Prof. P. Leoni	DS: A, G, R, DD
16-mag	12.00	Aula Clinica Mal. Infettive (Osp. Umberto I)	Endocarditi e sepsi	Prof. G. Scalise	DS: M, G, H, I, L, BB, DD, MM
16-mag	16.30	INRCA	Omocisteina ed aterosclerosi	Prof. V. Saba, Dott. Giunta	DS: D, B
16-mag	18.00	Patologia Chirurgica Ospedale Umberto I	Anatomia clinica della funzione esofago-gastrica	Prof. E. Gaudio (L'Aquila), Prof. Lezoche	DS: A, D, F, H
17-mag	15.00	Aula Istituto Discipline Psichiatriche e Sociomediche	Discussione di un caso clinico (psicosi)	Prof. G. Borsetti, Dott. R. Coltrinari, Dott. P. Feliciotti	DS: O, P, U, T, GG
18-mag	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	"DS: A; P; EE"
18-mag	14.30/16.30	Aula Clinica Medica	Meeting Clinici	Prof. P. Leoni	DS: A, G, R, DD



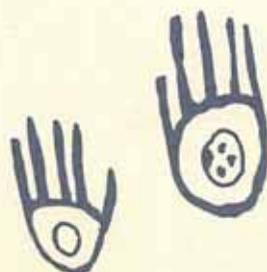


## AGENDA DELLO SPECIALIZZANDO

MAGGIO

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
18-mag	16.00	Polo Didattico Torrette-Aula D	Ruolo delle cellule gliali nei meccanismi di immunotossicità e Neuroprotezione	Prof. L. Minghetti, Prof.ssa Curatola, Prof.ssa Mazzanti	DS: U, P, CC
19-mag	14.00/16.00	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Discussione casi clinici	Dott.ssa R. De Angelis	DS: O,S,FF
19-mag	14.00/16.00	Polo Didattico Torrette Aula Cattedra Igiene	Indagine epidemiologica in caso di tossinfezione alimentare	Prof. M. M. D'Errico	DS: L,GG
22-mag	14.30/16.30	Aula Clinica Medica	Meeting Clinici	Prof. P. Leoni	DS: A, G, R, DD
23-mag	12.00	Aula Clinica Mal. Infettive (Osp. Umberto I)	Vaccinazioni e profilassi delle malattie infettive	Prof. G. Scalise	DS: M,G,H,I, L,BB,DD,MM
23-mag	16.30	INRCA	Tireopatie chirurgiche	Prof. V. Saba, Dott. Vitali	DS: D
24-mag	15.00	Aula Istituto Discipline Psichiatriche e Sociomediche	Aspetti teorico-clinici dell'analisi bioenergetica	Prof. G. Borsetti, Dott. R. Coltrinari, Dott.ssa L. Dragonetti	DS: O,P,U,T,GG
25-mag	8.30/10.30	Neuroradiologia- Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli, L. Provinciali	"DS: A; P; EE"
25-mag	14.30/16.30	Aula Clinica Medica	Meeting Clinici	Prof. P. Leoni	DS: A, G, R, DD
26-mag	15.00	Aula Istituto Discipline Psichiatriche e Sociomediche	Isteria e somatizzazione	Prof. G. Borsetti, Dott.ssa Chiappa	DS: O,P,DD, HH,T,U,I
26-mag	14.30/16.30	Polo Didattico Torrette Aula Cattedra Igiene	La sorveglianza delle infezioni ospedaliere	Prof. M. M. D'Errico	DS: L,GG
29-mag	14.30/16.30	Aula Clinica Medica	Meeting Clinici	Prof. P. Leoni	DS: A, G, R, DD
30-mag	12.00	Aula Clinica Mal. Infettive (Osp. Umberto I)	Toxoplasmosi	Prof. G. Scalise	DS: M,G,H,I, L,BB,DD,MM
30-mag	16.30	INRCA	Nutrizione artificiale in chirurgia	Prof. V. Saba, Dott. Orlandoni	DS: D
31-mag	15.00	Aula Istituto Discipline Psichiatriche e Sociomediche	Van Gogh ed il suo medico	Prof. G. Borsetti, Dott.ssa G. Mircoli	DS: L,O,P,DD
31-mag	17.00	Aula Istituto Discipline Psichiatriche e Sociomediche	Depressione e corporeità	Prof. G. Borsetti, Dott.ssa G. Gentili	DS: O,P,DD, HH,T,U,I
31-mag	14.00/15.30	Aula didattica Reumatologia Ospedale Jesi	Gli antinfiammatori non steroidei	Proff. C. Cervini e W. Grassi	DS: O,S,FF

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



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

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

**LETTERE DALLA FACOLTA'**  
Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona Anno III - n. 4 Aprile 2000 Aut. del Tribunale di Ancona n.17/1998 sped. in a.p. art. 2 comma 20/C legge 662/96 Filiale di Ancona

**Direttore Responsabile**  
Giovanni Danieli

**Direttore Editoriale**  
Tullio Manzoni

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

**Progetto Grafico**  
**Stampa** Lirici Greci Errebi srl Falconara