

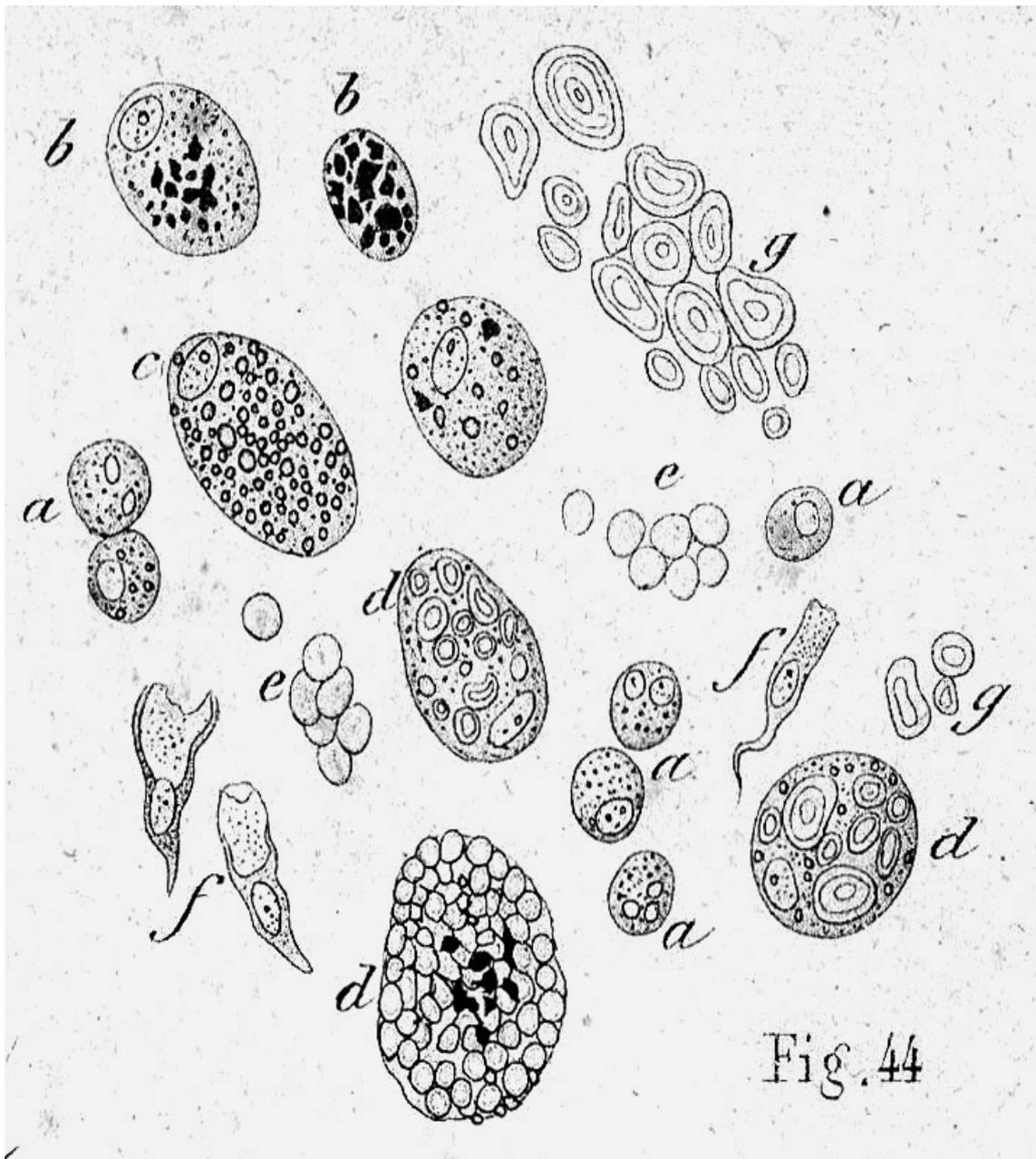


il Notiziario

della SOCIETÀ ITALIANA DI PATOLOGIA

Numero 3 (Nuova Serie)

Febbraio 2005



EDITORIALE

di Mario Comporti 3

COMMEMORAZIONI DI SOCI SCOMPARSI

Commemorazione del Prof. Alberto Fonesu 6

Commemorazione del Prof. Leonida Santamaria 20

Commemorazione del Prof. Stelio Varrone 21

PAGINA SCIENTIFICA

Medicine Non Convenzionali – Audizione avvenuta in Roma il 18 Giugno 2004 25

Adesione della SIP alla Federazione Italiana Scienze della Vita (FISV)
di Mario Comporti 51

PAGINA DIDATTICA

Prospettive degli insegnamenti del settore disciplinare della Patologia Generale nelle
classi di pertinenza della Facoltà di Farmacia
di Sebastiano Andò 53

VETRINA DEI GRUPPI DI RICERCA

Stress ossidativo e fibrosi epatica: MARIO COMPORTI E COLL. 59

Stress ossidativo e patologia eritrocitaria: MARIO COMPORTI E COLL. 60

Eventi redox nella transduzione dei segnali: ALFONSO POMPELLA E COLL. 61

IMPOSTAZIONE GRAFICA E STAMPA A CURA DI A. POMPELLA

Copertina: *immagine tratta dal “MANUALE DI MICROSCOPIA CLINICA – QUINTA EDIZIONE COMPLETAMENTE RIFUSA ED AUMENTATA PER CURA DI GIULIO BIZZOZERO E CESARE SACERDOTTI - PROFESSORE E DOCENTE NELLA REGIA UNIVERSITÀ DI TORINO”. Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, Milano 1901.*

Cari Colleghi,

Sono giunto al termine del mio secondo mandato di Presidente della Società Italiana di Patologia ed è quindi giunto il momento di presentare una specie di consuntivo delle cose fatte, di quelle non fatte e di quelle che ci sarebbe da fare. Per quanto riguarda il primo punto, dirò subito che essendo all'inizio del mio mandato disponibile solo un elenco assai antiquato delle Strutture che ospitavano i Soci, mi sembrò opportuno aggiornare sia tale elenco e sia quello diretto dei Soci, che era stato curato prima di me dai colleghi fiorentini; ed in breve tempo fu mandato a tutti un nuovo indirizzario, insieme alle indicazioni di come pagare le quote e le esortazioni a pagarle sul serio. Ma poiché si era (inizio del 2000) nel periodo della costituzione dei Dipartimenti, fu necessario dopo poco tempo (2002) riaggiornare tutto l'elenco delle Strutture (Dipartimenti o Sezioni di Dipartimenti) e rimandare a tutti il nuovo Indirizzario. Ora finalmente ogni Socio compare nella propria Struttura con nome, cognome, indirizzo, n. di telefono ed indirizzo e-mail. Di pari passo è stato aggiornato l'elenco diretto dei Soci. Inoltre è stata creata una *mailing list* della Società.

Secondariamente mi sembrò opportuno di riattivare quella lodevole iniziativa del Prof. Bresciani, il quale 25 anni fa circa istituì il “*Notiziario della Società Italiana di Patologia*”. Mi sembrava infatti indispensabile che vi fosse un organo ufficiale di collegamento e di raccordo in una Società che non volesse limitarsi alle sole organizzazioni dei Congressi Biennuali.

Le motivazioni di fondo di questo Notiziario consistono in primo luogo nella necessità di fornire a tutti uno strumento ufficiale dove poter dibattere i nostri problemi scientifici, didattici e, dove esistono, assistenziali. Ma oltre a ciò, una delle iniziative che a me sembrava assai opportuno portare avanti nel Notiziario era quella di dare ampia visibilità dei vari gruppi di ricerca che operano nelle diverse strutture afferenti alla Patologia Generale e discipline analoghe. In altre parole il Notiziario avrebbe dovuto contenere una sezione dove inserire, di volta in volta, alcuni gruppi di ricerca, ciascun gruppo illustrando, in maniera assai sintetica ma comprensiva e consequenziale, le indagini che stava compiendo, gli obiettivi perseguiti, i risultati più importanti presentati nelle pubblicazioni fondamentali ed anche, in particolare, le metodologie in atto. Quest'ultima informazione, accompagnata da un cenno di disponibilità, avrebbe potuto permettere scambi molto rapidi di giovani da un laboratorio all'altro per l'acquisizione di tecniche avanzate, interazioni e collaborazioni. Ciò avrebbe potuto permettere, quindi, di utilizzare, per questi fini di ricerca, laboratori italiani che in molti casi sono di un livello scientifico certamente paragonabile a quello di laboratori esteri, consentendo così una maggiore agilità, minori spese e, non ultimo, l'instaurarsi di più stretti rapporti tra i giovani membri della Società. Vedremo che questo tentativo è andato a segno solo parzialmente.

L'altra cosa che mi è sembrata assai importante è stata l'adesione della Società Italiana di Patologia alla *Federazione Italiana delle Scienze della Vita (FISV)*, attualmente presieduta dal Prof. Jacopo Meldolesi (DIBIT, Milano). La FISV si propone come organizzazione scientifica, ma anche come interfaccia “politica” fra la Ricerca

Biomedica o Biologica ed il governo nazionale (Ministero Università e Ricerca) e se ben diretta, come certamente lo è oggi, potrebbe avere una valenza non irrilevante in ordine al finanziamento nazionale della ricerca e alla considerazione generale del ricercatore (vedi apposito punto in questo numero del Notiziario). Siccome già molte Società Scientifiche avevano aderito, era a giudizio del Consiglio e mio personale assolutamente impossibile rimanere al di fuori, e rinunciare a quel po' di visibilità per la SIP che l'adesione indubbiamente comporta (anche se essa è senza dubbio onerosa). Mi sono reso poi conto, una volta entrato, che l'accettazione di una Società Scientifica da parte della FISV non è assolutamente una cosa piana e burocratica, ma è attentamente considerata e vagliata.

Della mia partecipazione (con grande entusiasmo) in rappresentanza della SIP all'audizione delle Medicine Alternative presso il Comitato Nazionale di Bioetica vi riferisco in apposito punto di questo Notiziario.

Per quanto riguarda il secondo punto, quello relativo alle cose non fatte (o meglio le ciambelle venute senza buco), dico subito che mi ero ripromesso di suscitare più entusiasmo nei soci e nei giovani. E' vero che si sono avute molte domande di adesione alla SIP, ma anche alcune esche lanciate sono andate perdute. Così ad esempio ancora oggi si trovano Soci che non sono in possesso degli Indirizzari (che ho mandato a ciascun Istituto-Dipartimento interessato), i contributi al Notiziario sono stati assai pochi, specialmente quelli ai quali tanto tenevo, le vetrine dei gruppi di ricerca, e le copie del secondo numero del Notiziario da me portate al Congresso di Catania del 2002 e messe in ogni aula, non sono certo andate a ruba (non so se qualche giovane pensava di doverle pagare!).

La scarsa attenzione che c'è per la Società Italiana di Patologia è dovuta essenzialmente al fatto che ciascun gruppo è sempre più attento alle proprie ricerche, e siccome gli argomenti sono molto vari l'interesse per il collettivo viene a smarrirsi. Ma la metodologia di studio propria del Patologo Generale, che ha a cuore i meccanismi con i quali le cause determinano gli effetti, costituisce un *unicum* del tutto peculiare, che assai meno chiaramente si percepisce in altre discipline. Ed allora vorrei dire, soprattutto rivolgendomi ai giovani, che la formazione del Patologo Generale passa certamente per i canali della ricerca sperimentale e la pubblicazione di lavori scientifici su riviste internazionali di alto prestigio, *conditio sine qua non* per divenire un docente a tutti gli effetti. Questa è una condizione necessaria, ma non sufficiente. Infatti il Docente deve anche acquisire una capacità espositiva di primo livello con cui affrontare l'attività didattica e con cui presentare le proprie ricerche. Tanti anni fa, quando lavoravo negli Stati Uniti, appresi che il cammino del ricercatore è assai lungo e che quando egli ha trovato un dato scientifico rilevante ha percorso solo la metà del cammino; l'altra metà essendo rappresentata dallo sforzo da compiere per convincere gli altri della rilevanza del proprio dato. Noi tutti siamo discendenti da nobilissimi "lombi". I nostri antenati scientifici si sono chiamati Golgi, Bizzozzero, Perroncito, Veratti e Vernoni solo per stare ai trisnonni, e non c'è altra Società Scientifica in Italia che abbia avuto progenitura di così alto livello e che si sia tramandata fino ai giorni d'oggi (a dispetto di tutte le più sciagurate riforme e manipolazioni) ancora con persone di così elevato profilo (almeno in generale). Questo, cari giovani, dovrebbe farvi sentire assai gratificati, dovrebbe farvi sentire un elevatissimo senso di appartenenza a una disciplina che (insieme alle discipline figlie come l'Immunologia e la Patologia Genetica) ancora oggi fornisce i più elevati contributi scientifici alla nazione. Ed allora,

se si è consapevoli di ciò, si capirà presto che un risultato di ricerca apprezzato da padri e nonni scientifici, assai difficilmente sarà una cosa non rilevante.

Termino con la raccomandazione per il prossimo Presidente ed il prossimo Consiglio di tenere nella più alta considerazione la nostra appartenenza alla FISV (a settembre ci sarà l'annuale Convegno a Riva del Garda) e di continuare a dar seguito ad un organo di raccordo e di informazione come il nostro Notiziario.

Cordialmente, a tutti

Il Presidente
Mario Comporti

Commemorazione del Prof. Alberto Fonesu

Presso il Dipartimento di Patologia ed Oncologia Sperimentale dell'Università di Firenze, si è tenuta il giorno 2 Ottobre 2004 la Cerimonia di commemorazione del Prof. Fonesu, per tanti anni Direttore dell'Istituto di Patologia Generale e Maestro di un folto gruppo di Allievi. Alla Cerimonia erano presenti moltissime persone, fra le quali il Prof. Gensini, Preside della Facoltà Medica di Firenze, molti anziani e ben noti Professori di Patologia Generale, il Presidente della Società Italiana di Patologia ed ovviamente gli Allievi di Firenze e Milano. Si riportano qui di seguito alcuni dei principali interventi.

Proff. Gabriele Mugnai, Salvatore Ruggieri, Massimo Olivetto

Alcuni allievi del Prof. Alberto Fonesu hanno ritenuto di onorare la memoria del loro Maestro ricordando alcune delle qualità più caratteristiche del Professore. Una di queste, e cioè la capacità di stabilire amicizie vere e durature, indipendenti dalle contingenze accademiche o scientifiche ma non per questo meno fruttuose, è stata illustrata dal Prof. Gabriele Mugnai in occasione della presentazione ai convenuti - di seguito riportata - del Dr. Alexander Leaf, uno dei più cari amici del Prof. Fonesu venuto espressamente da Boston per partecipare alla giornata commemorativa. L'amicizia nata tra il Prof. Fonesu e il Dr. Leaf ai tempi del loro anno sabbatico nel laboratorio di Sir Hans Krebs a Oxford ha dato origine, nel corso degli anni, ad una serie di proficui rapporti tra studiosi americani e ricercatori dell'Istituto di Patologia Generale di Firenze:

“Vorrei spendere poche parole per spiegare perché ci sentiamo particolarmente onorati ad avere oggi con noi il Dr. Alexander Leaf. Ritengo che il Dr. Leaf sia uno dei più vecchi amici di Alberto Fonesu, visto che si sono conosciuti nel 1958 in occasione del loro anno sabbatico nel laboratorio di Sir Hans Krebs a Oxford. Il rapporto che si è stabilito tra Alexander Leaf e Alberto Fonesu rappresenta un esempio di come una forte e duratura amicizia abbia un impatto positivo sulla comunità scientifica.

Negli anni settanta, quando uno di noi, Salvatore Ruggieri, chiese al Prof. Fonesu dove recarsi per il suo periodo sabbatico, il Professore chiese consiglio al Dr. Leaf, a quel tempo Direttore dei Medical Services del Massachusetts General Hospital di Boston. Il Dr. Leaf suggerì un giovane ma già famoso scienziato del Massachusetts General Hospital, esperto di virus oncogeni, il Dr. Paul Black. Nel laboratorio di Paul Black, un ambiente particolarmente stimolante, Salvatore Ruggieri trascorse due anni molto produttivi, e l'amicizia che si sviluppò tra i due rappresentò il tramite per cui io ebbi l'opportunità di lavorare nel laboratorio di Lloyd Culp, un allievo di Paul Black. E la storia non finisce qui, perché Emanuela Barletta, una mia valente collaboratrice, ha in seguito a lungo frequentato il laboratorio di Lloyd.

L'amicizia tra Alberto Fonnesu e Alexander Leaf ci insegna che il mondo scientifico non è fatto soltanto di competizione, frustrazione per gli obiettivi mancati e brama di riconoscimento personale; esso comprende anche la collaborazione, il sostegno reciproco e la stima fra colleghi, tutte qualità umane che, col tempo, non mancano di dare i loro frutti." *GABRIELE MUGNAI.*

* * *

Il Prof. Alberto Fonnesu è stato anche ricordato, nella presentazione fatta dal Prof. Salvatore Ruggieri, per la sua particolare capacità di interagire con gli studenti, che, nel corso delle numerose generazioni che si sono succedute durante il suo lungo insegnamento, lo hanno sempre considerato come una figura di riferimento importante per la loro formazione, oltre che come Professore di una disciplina, quale la Patologia Generale, che egli ha immensamente contribuito a elevare a materia fondante del curriculum degli studi medici della Facoltà di Medicina di Firenze:

“Quando nel mondo accademico scompare una grande figura, come quella del Prof. Alberto Fonnesu, il ricordo della sua personalità si focalizza su aspetti che riguardano il suo carisma, il suo potere accademico, quanto ha prodotto nel campo scientifico, quanti collaboratori ha avuto; raramente viene ricordato quanto ha veramente fatto per gli studenti, quasi che l'attività didattica dovesse essere un ovvio dovere.

Quindi, ho pensato di onorare la memoria del Prof. Alberto Fonnesu ricordando un aspetto, secondo me, molto speciale della sua personalità, e cioè il suo particolare rapporto con gli studenti, che ha lasciato una traccia permanente nella nostra Facoltà di Medicina.

Il Prof. Fonnesu, arrivato a Firenze 42 anni fa, all'età di 36 anni, colpì subito sia il corpo accademico sia gli studenti di quel tempo per la sua estrema cordialità, appena velata dalla figura, diciamo, “*fisicamente autorevole*”.

Nonostante la giovane età, aveva già dato un importante contributo alla modernizzazione ed allo sviluppo nella nostra disciplina, insieme ai colleghi della sua generazione, di cui abbiamo qui presenti alcuni illustri rappresentanti.

Subito instaurò quella che noi chiamiamo la “*filosofia della porta aperta*”, con cui vogliamo definire la sua disponibilità a ricevere ed ascoltare ugualmente, in qualunque momento della giornata, studenti, colleghi, collaboratori, personale tecnico ed amministrativo. E già questo rappresentava una novità per quel tempo.

Parallelamente all'opera di rifondazione dell'allora Istituto di Patologia Generale, iniziò un'intensa attività didattica che lo ha portato a contatto nel corso degli anni con un'enorme massa di studenti che lo ricordano tuttora per le sue belle lezioni e specialmente per la chiarezza nel presentare i concetti fondamentali della Patologia Generale, frutto della sua lucidità mentale, del suo rigore e della sua continua revisione critica della nostra disciplina.

Ma l'aspetto più originale del rapporto del Prof. Fonnesu con gli studenti è stato il modo con cui stabiliva un contatto individuale con coloro che gli chiedevano aiuto, un modo caratterizzato dalla sua non comune capacità di saper ascoltare, associata ad una bonarietà di fondo, che metteva a loro agio i giovani studenti.

Gli effetti più eclatanti di questo rapporto con gli studenti risaltavano specialmente con quelli meno dotati, con cui passava lunghe ore in chiarimenti e spiegazioni, anticipando di molti anni quello che oggi viene chiamato tutorato. Lo studente usciva da questa esperienza imprevedibilmente maturato ed anche più fiducioso nell'istituzione universitaria.

C'è un altro aspetto del rapporto del Prof. Fonnesu con gli studenti che vorrei ricordare, e cioè il fatto che non esprimeva mai giudizi negativi inappellabili (aveva stima ma non idolatria per i bravissimi), tanto era convinto che, con la buona volontà e l'applicazione, ogni studente potesse raggiungere un livello di preparazione della Patologia Generale sufficiente per poter proseguire gli studi di Medicina, pur essendo consapevole del grande impegno che la nostra disciplina richiedeva.

Il suo contatto con gli studenti non è mai venuto meno durante tutto il lungo periodo della sua attività didattica, nemmeno negli anni difficili del '68 di cui capì gli aspetti innovativi, ma anche quelli distruttivi che si fecero sentire negli anni immediatamente successivi. Tuttavia, non cessò mai di affrontare con coraggio i problemi del mondo universitario di quei tempi, tanto che accettò in quegli anni la carica di Pro-Rettore. È singolare che i giovani "Danton" degli anni '68 lo invitassero alle loro riunioni a testimonianza della stima che i giovani avevano per lui, "uomo d'ordine" che credeva nell'istituzione universitaria.

Ora che questo stile introdotto dal Prof. Fonnesu nell'interazione con gli studenti è stato fatto proprio da molti colleghi, divenendo patrimonio comune di questa Facoltà, vorrei che non se ne dimenticasse la paternità." *SALVATORE RUGGIERI.*

* * *

E' seguito un intervento del PROF. MASSIMO OLIVOTTO che ha sottolineato soprattutto alcuni aspetti della personalità del Prof. Fonnesu riguardanti la sua figura di Maestro affettuoso, al punto da manifestarsi in molti casi un padre umano oltre che scientifico.

Prof. Guido G. Guidotti

ALBERTO FONNESU: un ricordo indelebile

Il ricordo di Alberto Fonnesu, vivo e frequente in me anche al di fuori delle occasioni canoniche quali il Natale in cui ci sentivamo, e ci siamo sentiti sino all'ultimo, mi evoca episodi e aneddoti, anche amabilmente divertenti, vista la consuetudine, la collaborazione e l'amicizia che mi hanno legato ad Alberto per tanti anni.

La storia ha inizio a Milano nel 1954, quando io, fresco laureato in Medicina, ma inserito nell'Istituto di Fisica Superiore, ritenendo di riavvicinarmi ad una disciplina più consona alla mia laurea chiesi al prof. Occhialini, fisico delle particelle, di presentarmi al suo amico di grotte (erano entrambi speleologi) prof. Enrico Ciaranfi, da poco chiamato a Milano in Patologia Generale. Fui subito accolto e il prof. Ciaranfi mi presentò la sua squadra (oggi si dice così). Tra i componenti, il delfino, Alberto Fonnesu, che era appena rientrato da uno stage in Inghilterra, nientemeno che nel Laboratorio di Sir Hans Krebs, se ben ricordo. Rimasi impressionato da questo incontro con Alberto. E ancor più entusiasta, per la cordialità, la disponibilità, l'apertura mentale ed il suo curioso ciclo circadiano di lavoro. Arrivava tardi, il mattino. Ma non

interrompeva mai sino a ore poco frequentate dalla gente normale. Cercando di imparare, molte volte mi trattenevo anch'io. E qui sorgeva un problema, alla base del primo aneddoto che voglio raccontare. Alberto, Clara Severi che diventerà presto sua moglie, e alcuni altri come Cesare Agostini, Giovanni Di Sabato e forse altri di cui non ho ricordo (sono passati 50 anni) avevano certo un problema. In quegli anni, a Milano, alle 11 di sera, non era in genere possibile trovare aperti un ristorante, una trattoria, un locale in cui mangiare. Con una eccezione. In centro, in una viuzza dietro la galleria del Corso, era aperto Buralli. Si mangiava relativamente bene e a buon mercato. Ma la frequentazione era abbastanza particolare. Nessun pericolo, a quel tempo. La città era tranquilla. Ma il locale era meta di tutte le 'luciole', chiamiamole così, di Corso Vittorio Emanuele, piazza Duomo e dintorni. Noi eravamo gli alieni (a quel tempo vestivamo sempre con giacca e cravatta). Guardati con curiosità, ma con la possibilità di sfamarci. E per svariate sera Buralli è stato il nostro buen retiro.

Altri ricordi, di lavoro questa volta. A quel tempo Alberto e il prof. Ciaranfi erano coinvolti in ricerche sulla patologia cellulare. Come mia escursione in questo campo e interazione con i loro studi, nel '57 venne presentata al congresso della Società Italiana di Patologia (Milano-Como) una comunicazione sulla sintesi proteica nel rigonfiamento torbido, un argomento caro ad Alberto.

Solo pochi anni dopo, Alberto Fonnesu vinceva un concorso a Cattedra ed era chiamato a Messina, nel '61 se ricordo bene. E fu subito incaricato di tenere la lezione magistrale di prolusione per l'anno accademico 1961-62. E qui citerò un altro divertente aneddoto, innescato da questo evento, che riguarda noi della scuola del prof. Ciaranfi. Alberto era il numero uno e noi non volevamo perdere l'occasione di applaudirlo. Così, tutti in aereo diretti a Messina, il prof. Ciaranfi in testa. Eravamo tanti e occupavamo parecchie file di posti nell'aereo. Faceva caldo e ci togliemmo la giacca. Tanti giovani in candida camicia bianca, come una divisa. Ad un certo punto un signore ben vestito si alza dal suo posto, si avvicina a noi e chiede: siete una squadra di calcio? E, rivolgendo lo sguardo verso il prof. Ciaranfi, quello è il vostro allenatore? Il nostro apparente sdegno di sicuro nascondeva un certo intimo compiacimento. Il racconto di questo aneddoto ha divertito molto Alberto, ed anche il prof. Ciaranfi che non si era probabilmente reso conto del contenuto delle domande...

Ben presto Alberto ottenne il trasferimento a Firenze. Città a cui era profondamente legato e che divenne la sua sede definitiva. Questo avvicinamento consentì di riprendere la collaborazione scientifica ed è del 1964 l'uscita di un lavoro comune, questa volta in campo oncologico.

Negli anni successivi, non pochi, parlo di più di vent'anni, i miei ricordi sono di intermittenti ma mai cessate discussioni con Alberto sui contenuti e sui programmi di insegnamento della nostra disciplina. Ho ritrovato un piccolo opuscolo relativo a tentativi e proposte di unificazione dei programmi d'insegnamento della patologia generale, in cui Alberto era partecipe. Opuscolo presentato non ricordo bene a quale Congresso nazionale della Società Italiana di Patologia. Non ne sortì granchè e, verso la fine degli anni ottanta, il prof. Fonnesu ritenne che valeva la pena di operare in seno alla Società Italiana di Patologia per renderne più incisiva l'attività in campo didattico, oltre che scientifico. E nel corso del XIX Congresso nazionale della SIP, si era alla fine del 1988, il prof. Fonnesu fu nominato Presidente della Società, chiedendo nel contempo che io divenissi il segretario. E segretario lo fui, per quattro anni, in cui le occasioni di

incontro con Alberto divennero molto frequenti. La nostra stretta collaborazione, fatta di viaggi Milano-Firenze, e viceversa, continuò sino al 1993 quando, in occasione dell'ultima riunione del Consiglio SIP, Alberto propose il sottoscritto quale futuro presidente. Resterò in carica per 2 mandati, non cessando di apprezzare quanto Alberto aveva seminato.

E ancora, la nostra amicizia e collaborazione continuò nel tempo. Fui più volte invitato quale componente della commissione di ammissione ai Corsi di Dottorato di Ricerca di cui Fonnesu era coordinatore. Ed alcuni suoi allievi, venivano da me in commissione d'esame nel Corso di Dottorato di cui io ero coordinatore a Parma.

Infine, negli ultimi anni sono venuto in Istituto a Firenze, per ragioni accademiche o personali, e in queste occasioni Alberto è sempre stato prodigo di consigli e di incitamenti.

Che dire di più. Per me è stato un grande amico ed una delle persone per le quali la mia stima e il mio rispetto non sono mai venuti meno. Anzi, stima e rispetto sono aumentati con il passare del tempo.

Prof. Ugo Del Monte

Ringrazio gli organizzatori di questa riunione, miei cari colleghi di anni importanti che ho vissuti qui con loro, saluto il dr. Alexander Leaf, gli altri oratori, la famiglia Fonnesu, tutti gli intervenuti e, *last but not least* (pregando Gabriele Mugnai di rendersene interprete), saluto il prof. Gensini, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze, oggi assente. Della Facoltà Medica di Firenze sono orgoglioso e mi onoro di aver fatto parte in passato. In essa ho lasciato un po' del mio cuore.

Ricorderò il prof. Alberto Fonnesu soprattutto attraverso delle immagini di fatti importanti della sua vita, molti dei quali da me vissuti vicino a lui. Nell'autunno del 1954 fui accolto come studente interno nell'Istituto di Patologia Generale di Milano e il prof. Ciaranfi mi indirizzò al laboratorio del dr. Alberto Fonnesu. Con sorpresa riconobbi in Fonnesu quella persona che avevo notata pochi giorni prima presso gli uffici di Segreteria dell'Università statale di Milano, perchè mi sembrava vestito in modo troppo serio per un giovane, soprattutto perchè portava calcato in testa un cappello di feltro scuro. Ripetei a lui quanto già avevo detto al prof. Ciaranfi. Il dr. Fonnesu, con fare amabile che apprezzai molto, andò subito al dunque: *“Per fare ricerca non è necessario essere dei geni ma bisogna avere molta voglia di lavorare e di imparare.”* Aggiunse anche: *“La resistenza fisica aiuta molto.”* Valutai di avere questi requisiti e così mi fermai. Pochi giorni dopo, però, Fonnesu partì per Oxford così rimasi affidato a Clara Severi, una persona veramente straordinaria per il rigore con cui sperimentava, per l'energia e per la chiarezza con cui spiegava a chi voleva imparare e per la sua disponibilità e umanità. Devo molto anche a lei per quanto mi ha insegnato in quel periodo iniziale e per aver collaborato con me alcuni anni dopo a Messina.

L'anno dopo il dr. Fonnesu tornò da Oxford, e, avendo preso la libera docenza in Patologia Generale, diventò il prof. Fonnesu. Stando nel suo laboratorio mi resi conto che, quando mi aveva detto che la resistenza fisica aiuta molto, intendeva riferirsi anche alle discussioni serali e al lavoro notturno. Infatti la correzione della mia tesi di laurea fu completata all'alba di uno degli ultimi giorni utili, dopo di che, prima di andare a

coricarci, andammo a rifocillarci al Bar Risveglio di Città Studi, ritrovo mattutino dei tramvieri e di altri lavoratori che ci andavano per prendere il caffè o per farsi un bianchino. Dopo la laurea restai lì e qualche mese dopo diventai assistente volontario. Il prof. Fonnesu teneva per incarico il corso di Patologia generale per gli studenti del secondo anno di Medicina e preparava anche la libera docenza in Biochimica e i titoli scientifici per il concorso a cattedra di Patologia Generale che presto sarebbe stato bandito. Nel laboratorio ferveva il lavoro.

Nei primi giorni di settembre del 1958 ci trovammo a Vienna per il IV° Congresso Internazionale di Biochimica (*figura*). Qui ci vedete, Fonnesu e me, in un'aula del congresso insieme col prof. Dianzani e col compianto collega Antonio Perin. Subito dopo Vienna, il prof. Fonnesu con Clara si recarono a Semmering, una località austriaca dove, ai margini del IV° Congresso di biochimica, era stata organizzata una conferenza su "*The biochemical response to injury*". Ho preparato un

fotomontaggio ricavato da tre pagine distinte del libro che contiene l'intervento di Alberto Fonnesu dal titolo: "*Changes in energy transformation as an early response to injury*". Nell'elenco dei partecipanti a quella conferenza ho evidenziato i nomi di alcune persone con cui egli intrattenne poi rapporti per tutta la vita: il dr. Fine, il dr. Kovach, il dr. Masoro e il



dr. Stoner. Questo fu un punto di partenza importante anche per la sua attività immediatamente successiva. Infatti Alberto Fonnesu fu anche invitato a partecipare a una conferenza sullo shock che si tenne a Washington nel dicembre 1960.

Prima del viaggio a Washington, Alberto Fonnesu aveva vinto il concorso a cattedra bandito dall'Università di Messina, del quale ci hanno appena parlato il prof. Dianzani e il prof. Azzone. Il professor Ciaranfi ci aveva informati appena rientrato da Roma ma con aria cupa perché, ci disse, un destino crudele aveva voluto che Fonnesu vincessse il concorso ma nello stesso tempo perdesse il padre. Alberto Fonnesu andò perciò ad occupare la cattedra di Messina con questo peso sul cuore. Negli anni successivi il prof. Fonnesu mi parlò più di una volta di questa coincidenza drammatica, quando lo coglievo a rigirarsi nel dito l'anello del padre con incastonato un rubino. Il professor Fonnesu tenne la sua prolusione nell'aula magna dell'Università di Messina il 10 maggio 1961, a conclusione del corso di patologia generale. La prolusione, dal titolo: "*il problema delle trasformazioni di energia in patologia cellulare*" costituì un avvenimento importante al quale partecipammo tutti dell'Istituto di Milano.

Il prof. Guidotti ha appena ricordato che nel viaggio in treno per Messina un passeggero aveva chiesto se il gruppo della Patologia Generale di Milano fosse per caso una squadra di calcio e il prof. Ciaranfi il suo allenatore. Mi sembra perciò il caso di

ricordare anche un altro divertente aneddoto. Dopo la prolusione del prof. Fonnesu vi fu un rinfresco in un locale sul lungomare di Messina, dove tutti i presenti, fra cui i membri della Facoltà di Medicina, brindarono al nuovo giovane e brillante cattedratico. A questo punto il qui presente prof. Aldo Bernelli alzò di nuovo il calice e, rivolgendosi con aria scanzonata al prof. Ciaranfi, augurò: *“Professore, cento di questi giorni!”*.

Dal 1 novembre di quell'anno su consiglio di Ciaranfi e invito di Fonnesu lasciai la posizione di assistente incaricato presso il centro del CNR dell'Istituto di Milano e mi trasferii a Messina come assistente ordinario. Nell'Istituto di Messina la attività didattica era intensa e regolare, e l'ambiente tranquillo fatto di persone brave e oneste era anche molto favorevole al lavoro sperimentale e allo studio. La forza-lavoro dell'Istituto di Messina pressoché al completo risulta dalla prima pagina di un lavoro di gruppo dal titolo: *“Azione di vari inibitori sulla respirazione endogena dell'epatoma-ascite e del fegato”* che, benché fatto a Messina, uscì pubblicato quando eravamo già passati a Firenze. Firmarono il lavoro: Ugo Del Monte, assistente di ruolo, Giuseppe Bombara, assistente di ruolo con qualifica di aiuto, Domenica Morabito, moglie di Bombara e assistente volontario universitario, e Clara Fonnesu la quale, già libero docente di Patologia Generale, dedicava metà della sua giornata al lavoro sperimentale come semplice frequentatrice. Clara era una persona molto positiva. Andando a Messina col marito aveva lasciato la carriera universitaria, io invece c'ero entrato. Così ella si mise a mia disposizione per il lavoro di laboratorio con una serietà e umiltà che all'inizio mi mise anche un po' a disagio. Quanto al prof. Fonnesu, pur avendo egli diretto la ricerca ed avere seguito passo passo gli esperimenti, non aveva voluto figurare come autore, adducendo l'argomento che, come direttore dell'Istituto, egli aveva comunque ottemperato ai suoi doveri e che la pubblicazione di quel lavoro da parte di tutto il gruppo e degli altri lavori da parte delle singole persone ne era la tangibile prova. Questo atteggiamento di liberalità nei confronti dei più giovani che ancora dovevano fare carriera era stata una caratteristica di alcuni vecchi maestri come Luigi Califano e Enrico Ciaranfi, ma rientrava anche nella filosofia del prof. Alberto Fonnesu, il quale però apparteneva alla generazione successiva. Glie ne va reso merito.

Messina non era però soltanto l'Istituto di Patologia Generale. Da persone normali, nel 1962 appena giunse la bella stagione andavamo tutti al mare, al lido di Mortelle, sul Tirreno. Fonnesu ed io solo per l'ora del pranzo. C'erano tutti i Fonnesu, compresa la gentile signora Jolanda con i suoi bambini (Giangiuseppe e Maria Maddalena) e la mia famiglia. C'era anche la mia mamma la quale, venuta in visita da Milano per pochi giorni, si trovò così a suo agio che si trattenne per tutto il periodo durante il quale andammo in spiaggia. A quell'epoca facevo i film, e in una fotografia c'è anche il professore: è l'unica che ho trovata buttando all'aria l'archivio di casa. Essa è stata certamente scattata da Clara. Da destra verso sinistra si vedono il sottoscritto, in piedi, vestito da città e con al collo la macchina da presa, poi, accosciato, il professor Fonnesu in tenuta più sportiva, in piedi mia moglie Aurora. Mia mamma è seduta. I tre bambini sono: sull'altalena Fabrizia e Luca, e sulla sabbia Gigi. Tre bambini tutti nati a Milano, ma che presto sarebbero diventati fiorentini di adozione. Infatti, l'anno dopo eravamo tutti a Firenze. Col nuovo anno accademico io però rimasi ancora un po' di tempo a Messina, in attesa di un posto sul quale trasferirmi. Così ebbi il piacere di avere per qualche mese come direttore il prof. Pellegrino, che oggi è qui con noi.

Del periodo di Firenze vi parlerà, penso, chi mi segue. Non posso tuttavia fare a meno di ricordare il viaggio a Varsavia che facemmo ai primi di giugno del 1966 in occasione del I° Congresso della Società Europea di Patologia. Una mia foto ritrae il professor Fonnesu con Clara e mia moglie Aurora, davanti al Palazzo delle Scienze di Varsavia, sede del Congresso. In un'altra foto, presa da un fotografo ufficiale in un'aula durante il congresso, siamo visibili noi quattro seduti in fila. Clara, che era in attesa di Laura, si teneva prudentemente sul lato esterno, per potersi spostare facilmente in caso di necessità. In quell'occasione presentammo una comunicazione di Fonnesu, Del Monte e Olivotto, riguardante le ossidazioni extramitochondriali. L'argomento a quel tempo era nuovo, era affiorato da alcuni risultati di Messina e per qualche anno lo svilupparammo con Olivotto, insieme ad uno studio sulle perossidazioni negli epatomi variamente deviati che è stato ricordato poco fa dal prof. Dianzani. Questo filone di ricerca, però, subì delle interruzioni sia a causa della alluvione del 4 novembre 1966, sia per la mancanza di certe apparecchiature molto costose. Inoltre io andai all'estero per più di un anno e in seguito noi giovani ci dedicammo ad altri problemi. Il professore, benché tenesse particolarmente a questi argomenti, non ostacolò le nostre scelte.

Alla fine del 1976, essendo andato fuori ruolo il professor Ciaranfi le circostanze mi avevano riportato a Milano, e dopo qualche anno ero diventato direttore del Centro del CNR dove in gioventù avevo iniziato a lavorare. Poco fa il prof. Dianzani ha ricordato che il CNR nominò qualche anno dopo il prof. Fonnesu membro, e quindi presidente, del Consiglio Scientifico del Centro. E' giusto precisare che la proposta della sua nomina a presidente venne dallo stesso prof. Dianzani. Questo fatto contribuì a rendere più frequenti i miei contatti telefonici col prof. Fonnesu che, comunque, avvenivano più spesso di sera a ore inoltrate, quando gli argomenti e i problemi si discutono meglio!

Ho scelto un'ultima immagine, perché essa ritrae il prof. Fonnesu con il suo maestro, al quale egli era attaccatissimo, ma anche perché sullo sfondo delle persone si vede lo scaffale con i volumi del *Biochemical Journal* dove furono pubblicati i lavori del Dr. Leaf e quelli di Fonnesu e Davies fatti nel 1955 a Oxford, nel Laboratorio di Krebs, del quale il Dr. Leaf, oggi ospite d'onore, ci ha appena parlato. In questa foto scattata da me nella biblioteca dell'Istituto di Patologia Generale di Milano, si vede il prof. Fonnesu mentre guarda il prof. Ciaranfi che sta osservando compiaciuto un "salver" sul quale è incisa la seguente dedica:

*IL CENTRO DI STUDIO
SULLA PATOLOGIA CELLULARE
DEL C.N.R.
AL PROFESSOR ENRICO CIARANFI
SUO ILLUSTRE FONDATORE
MILANO, 12 DICEMBRE 1990*

Il prof. Fonnesu mi telefonò quella sera dall'albergo per dirmi che il prof. Ciaranfi gli aveva confidato di non essere mai stato tanto contento come per avere ricevuto quel dono.

Prima di concludere vorrei anche dire qualche parola sul rapporto fra maestro e allievo intercorso fra me e Alberto Fonnesu, che aiuti a mettere a fuoco questo aspetto della sua complessa personalità.

Pur essendoci fra noi due una differenza di età di solo pochi anni, e pur essendo io diventato ordinario abbastanza giovane, Fonnesu ed io ci siamo sempre dati del Lei. Credo che il Tu avrebbe messo a disagio entrambi, ed io gli sono grato per non avermelo mai proposto. Ma quanti oggi usano il Tu anche a sproposito! Questo punto è stato messo a fuoco molto bene da Claudio Magris in un suo saggio del 1996, incluso nella raccolta *“Utopia e Disincanto”* e intitolato *“Maestri e scolari”*. Magris distingue fra veri e falsi maestri. Vero maestro è colui che senza cercare una falsa confidenza che impedisce un normale rapporto, non ama imporre le proprie convinzioni, ma aiuta gli altri a cercare una propria strada. In questa definizione di vero maestro io riconosco il professor Alberto Fonnesu.

Grazie dell'attenzione.

Prof. Mario U. Dianzani

E' con animo commosso che mi accingo a ricordare Alberto Fonnesu, un caro amico, col quale ho condiviso momenti difficili della mia carriera. Ma Alberto è stato per me soprattutto un amico sincero, ed io lo ero per lui. Ringrazio pertanto i suoi allievi, che hanno voluto questa giornata, di aver dato a me l'onore, ma anche il dolore, di ricordarlo.

La storia di Alberto e di me cominciò agli inizi degli anni Cinquanta, ma ebbe un curioso precedente. Io, tornato dalla guerra e dalla vita partigiana, frequentai a Siena, nel 1946, i corsi straordinari per reduci. Ebbi dapprima come insegnante di Patologia Generale Enrico Puccinelli, che passò quasi subito a Pisa, sostituito per poche lezioni, e nelle esercitazioni, da Claudio Pellegrino. Poi la Facoltà dette l'incarico ad un nuovo professore che veniva da Napoli, Enrico Ciaranfi. Il suo modo di far lezione, e soprattutto la chiarezza nel presentare i problemi, mi affascinarono. Lo seguii con gioia anche in Istituto, per poco, però, per la mia ansia di mettermi in pari con gli esami. Detti con Ciaranfi l'esame di Patologia Generale e capii che mi aveva apprezzato. Ciaranfi, però, restò a Siena per poco. La Facoltà chiamò infatti un titolare ordinario, che era Luigi Michelazzi, ordinario a Perugia, mentre Ciaranfi lo sostituì in quella sede nell'incarico, prima di vincere il suo concorso.

A Perugia Michelazzi aveva avuto fra gli allievi interni Alberto Fonnesu, che poi mi descrisse come un ragazzo di grande intelligenza e passione.

Io mi laurea nel 1948, e subito, ricordando Ciaranfi, feci la scelta della Patologia Generale. Michelazzi mi accolse e mi indirizzò nel lavoro. Alberto, che era più giovane di me di due anni, si laureò con Ciaranfi nel 1950: ambedue avevamo “saltato” due anni nel nostro curriculum di studi elementari e medi. Questo incrocio (io cominciai con Ciaranfi e passai poi a Michelazzi, lui cominciò con Michelazzi e passò con Ciaranfi) venne definito da Ciaranfi *“il chiasma”*.

Ci incontrammo fisicamente la prima volta al Congresso di Siena, nel 1953. Simpatizzammo subito; mi ricordo che invitai lui e la allora sua fidanzata, Clara Severi, a pranzo a casa dei miei genitori. Alberto aveva un carattere aperto, amava ridere e scherzare, e piacque subito ai miei genitori. Io stavo studiando allora, già fin dal 1950, le alterazioni funzionali dei mitocondri, soprattutto nell'intossicazione da tetracloruro di carbonio, nel fegato. Con Ciaranfi, Alberto aveva pubblicato un metodo per la

determinazione dell'acetato, nel *Biochemical Journal*. Il metodo mi interessò, e chiesi di apprenderlo direttamente a Perugia. Vi rimasi una settimana, e l'amicizia con Alberto si rinsaldò.

Io fui per un lungo periodo in Svezia, con Caspersson, e poi in Olanda, con Westerbrink. Lui passò un altro periodo a Londra, con Krebs. Nel 1954 io pubblicai sulla dissociazione della fosforilazione ossidativa nel corso delle lesioni mitocondriali, e successivamente nell'intossicazione da dinitrofenolo, ed attribuii l'aumentata produzione di calore nella febbre alla dissociazione della fosforilazione ossidativa nei mitocondri. Lui, con Clara, vide la dissociazione nel rigonfiamento torbido. I nostri contatti si mantennero, e discutemmo spesso insieme su questi problemi.

Nel 1956 sostenemmo gli esami di libera docenza insieme, con una commissione composta da Gennaro Di Macco, Massimo Aloisi ed Enrico Ciaranfi. Mi ricordo che, al momento della lezione, io ebbi la scelta fra "Aminoacidosi", "Ormonosi" ed "Anafilassi". Fui fortunato e non ebbi dubbi nello scegliere questo titolo. Lui, invece, fu meno fortunato. La sua scelta cadde fra "Ormonosi", "Vitaminosi" ed "Aminoacidosi", e non ebbe scampo. Chiese al Di Macco che cosa significassero questi titoli. Di Macco spiegò; mi pare che lui scelse le "Vitaminosi", interpretandole come una discussione generale sulle avitaminosi e le ipervitaminosi. L'esame, comunque, andò bene a tutti e due. Di Macco, però, aveva detto ai suoi colleghi che noi eravamo stati giudicati su lavori di Biochimica, nella quale nessuno dei commissari era specificamente competente. Ciaranfi disse la cosa al mio maestro, ed insieme decisero che avremmo dovuto presentarci anche all'esame di Chimica Biologica. Essendo già liberi docenti, avremmo potuto ottenere la docenza soltanto in base alla discussione dei titoli e ad una eventuale prova pratica, ma senza obbligo di lezione. I biochimici, però, temevano invasioni di campo e decisero di farci sostenere ugualmente la lezione. La Commissione era formata da Rossi Fanelli, Siliprandi ed il temutissimo Camillo Lenti, di Torino. Tutto andò bene anche questa volta.

Ricordo un aneddoto, che Alberto, del resto, ripeteva a tutti ridendo. Eravamo ambedue piuttosto pesanti e decidemmo di pesarci, Avevamo però una sola moneta per la bilancia e vi salimmo insieme. La bilancia sballò e tutto finì in una bella risata. Si era nel 1958.

L'anno dopo ci fu il Congresso di Patologia Generale a Rapallo, ed io fui relatore sulle alterazioni mitocondriali nella febbre. Ma il vero tema del Congresso era il concorso di Patologia Generale, bandito da Messina. Ero incaricato della disciplina dall'anno prima, a Cagliari. Un altro concorrente, Paolo Buffa, era incaricato a Modena. Tra gli altri concorrenti, emergevano Alberto e Claudio Pellegrino. Forse, anche se concorrenti allo stesso posto, non siamo stati mai uniti come allora. Mi dette ogni sostegno e conforto, anche di fronte agli attacchi subiti. Io vinsi il Congresso, ma anche il Concorso di Patologia Generale. Chi rimase fuori, fu Claudio Pellegrino, e mi dispiacque – molto, perché era più anziano di me, e mi aveva addirittura insegnato la disciplina a Siena. Alberto fu primo, Buffa secondo, ed io terzo, in quanto Cagliari non aveva la cattedra in ruolo, e si dovette aspettare che il ruolo fosse trovato.

Poi vennero gli spostamenti. Io, che ero già stato sollecitato per Torino, passai a Siena, rimasta vacante dopo il trasferimento alla seconda cattedra di Bologna di Eugenio Bonetti. Per Alberto si prospettò la possibilità di Firenze. Combatté la sua

battaglia e fu chiamato. Col 1965 io passai a Torino. Probabilmente a me andò meglio, perché lui trovò a Firenze maggiori difficoltà interne di quelle che io trovai a Torino. Per lui diventò più difficile continuare a lavorare in prima persona, anche se fu lui il primo a dimostrare che la pratica assenza della perossidazione lipidica negli epatomi era da mettersi in rapporto soprattutto con la scarsa espressione in quei tumori della catena mono-ossigenasica del reticolo endoplasmatico liscio.

Passarono gli anni, ma non la nostra amicizia. Ci telefonavamo spesso, e ci incontravamo nei Congressi. Poi ambedue fummo nominati membri del Consiglio Scientifico del Centro CNR di Patologia Cellulare di Milano, e ci incontravamo ad ogni riunione. Dopo la seduta, c'era sempre un pranzo ad un ristorante dei dintorni. Alberto era un buon commensale, sempre allegro e pronto a raccontare storielle buffe.

Poi venne la terribile malattia di Clara, cui lui era legatissimo, come del resto lei a lui. Combatterono insieme una lunga e dolorosa battaglia. La morte di Clara lo provò duramente, e non fu mai più allegro come prima. Mi parlava spesso dei figli, come del resto io a lui, e trovava nei loro progressi conforto. Anche lui, però, si ammalò, per una forma di arteriopatia diabetica grave; ogni passo era per lui doloroso; ricordo quando Del Monte ed io lo attendevamo alla Stazione di Milano in occasione delle riunioni del Consiglio Scientifico del Centro CNR. Sceso dal treno, avanzava zoppicando, ogni volta di più. Subì l'amputazione di alcune dita, poi altre operazioni. Lo stato diabetico ostacolava la guarigione delle ferite operatorie, ne giovò l'impianto di cellule ricavate da una coltura delle sue stesse cellule. La sofferenza cardiaca si accrebbe, e fu quella che lo portò alla fine. Durante la sua malattia, gli telefonavo spesso, con lunghe telefonate. Anch'io avevo il gravissimo problema della malattia di mia moglie, la quale, come la sua, era stata la mia collaboratrice in Istituto. Anche nella scelta della compagna della vita eravamo stati simili, e similmente venivamo colpiti. L'ultima volta che gli parlai, un paio di settimane prima della sua morte, mi sembrò particolarmente sofferente. Era costretto ormai da tempo a spostarsi in carrozzella, ed ogni affanno gli determinava affanno: affanno che sentivo nella sua voce. Rievocammo le nostre comuni traversie e le ambascie del concorso, ma anche gli errori, talvolta ridicoli, di certi nostri colleghi. Lui ne faceva collezione, ed anch'io ebbi a fornirgli alcuni esempi.

Ora mi manca molto. L'affetto vive nel ricordo, specialmente dei momenti lieti, ma anche di quelli difficili. Perdonate la mia commozione.

Prof. Giovanni F. Azzone

Pur essendo Alberto ed io coetanei, io di un solo mese più anziano di lui, le fasi della nostra carriera, sia accademica che scientifica, sono state scandite da un ritmo molto diverso, per cui diverso è stata la nostra storia. Come molti sanno, io ero entrato in Patologia Generale da Aloisi nel 1954, proveniente dalla Biochimica, mentre Alberto è entrato in Patologia Generale da Ciaranfi subito dopo la laurea, cioè dal 1950. Alberto aveva cominciato subito a lavorare sui temi di patologia cellulare, il maggiore interesse di Ciaranfi. Io invece avevo iniziato subito a lavorare sulle alterazioni dei muscoli distrofici, il maggior interesse di Aloisi. I primi lavori di Alberto furono indirizzati verso l'analisi delle alterazioni delle cellule epatiche mentre i miei primi lavori furono indirizzati verso

l'isolamento di una proteina, denominata gamma miosina, che compariva negli estratti dei muscoli dei conigli distrofici.

Un casuale incontro fra i nostri rispettivi interessi scientifici si verificò poi casualmente nel 1960. Io ero andato a lavorare sui mitocondri al Wenner Gren Institute di Stoccolma con Lars Ernster, e mi ero occupato delle alterazioni di una ragazza che mostrava una particolare forma di ipertermia. Le nostre analisi indicavano che l'ipertermia era la conseguenza di uno specifico danno mitocondriale, più precisamente di un particolare tipo di disaccoppiamento della fosforilazione ossidativa. Fu per me una grande sorpresa nel leggere su *Biochim. Biophys. Acta* un lavoro di Alberto, a quel tempo a Oxford, sul rigonfiamento dei mitocondri. Il tema del rigonfiamento dei mitocondri e del trasposto ionico fu poi rapidamente abbandonato da Alberto mentre venne al centro dei miei interessi negli anni successivi.

La domanda che sorge spontanea a questo punto è sul perché io abbia avuto per 40 anni con Alberto così poche occasioni di interazioni scientifiche e così tante, invece, di interazioni sia personali che accademiche. Credo che questo sia dovuto al modo con cui Alberto ed io abbiamo vissuto la nostra vita universitaria.

Avevo incontrato per la prima volta Alberto a un Congresso della Società italiana di Patologia nel 1958 a S. Margherita Ligure. Alberto, nonostante fosse solo trentunenne, era già stato prescelto come vincitore del successivo concorso in Patologia Generale presso la sede di Messina. Un altro membro della terna era Dianzani mentre per il terzo posto vi era competizione fra i professori Buffa e Pellegrino, competizione che poi si risolse, per l'intervento di Califano, a favore di Buffa.

Con la vittoria al concorso del 1960 Alberto si trasferì a Messina, una sede dove non trovò né le persone, né i mezzi e né l'ambiente adatti per sviluppare la sua attività scientifica. L'impossibilità di fare ricerca favorì quel processo che trasformò Alberto in pochi anni da promessa della ricerca in autorevole e appassionato accademico. Perché ho usato il termine appassionato? Perché Alberto, nonostante il suo apparente distacco, poneva una grande passione nello svolgimento delle sue attività accademiche. Accadde così che se da una parte fu impossibile per Alberto riuscire a superare quell'interruzione imposta dalle circostanze nella continuità della ricerca, dall'altra cominciò sempre di più un ampliamento degli interessi verso la gestione dei vari aspetti della vita accademica e il graduale trasferimento in questa gestione di quell'entusiasmo e quell'impegno che ha poi caratterizzato tutto il resto della vita di Alberto.

Numerosi sono stati gli incarichi ricoperti da Alberto sia a livello locale, nella sua Firenze, come membro del C.d.A. e come prorettore, e sia a livello nazionale come membro del CUN, del CNR e come Presidente della Società italiana di Patologia. Alberto ha ricoperto tutti questi incarichi con un grande senso di responsabilità e con un non comune senso di equilibrio, sebbene sia responsabilità che equilibrio fossero il riflesso molto più del suo carattere e della sua statura morale che non del costume e dell'ambiente universitario del suo tempo. Aveva vissuto con sofferenza le vicende del '68 e degli anni immediatamente successivi in cui aveva assunto le maggiori responsabilità, una sofferenza che derivava dal rendersi conto della difficoltà, e meglio dell'impossibilità, di porre un argine al crescente degrado della vita universitaria.

Per oltre 40 Alberto è stata una presenza insostituibile della vita Accademica italiana. Per me è stato un amico carissimo anzi uno dei punti principali di riferimento per

le mie scelte nell'ambito della comune disciplina e della mia attività accademica. Vorrei ricordare solo un episodio della nostra stretta amicizia. Quando mi sposai a Verona nel lontano 1966 fu con mia grande sorpresa che vidi presenti al ricevimento di nozze sia Alberto Fonnesu che Enrico Ciaranfi. Rimasi poi a parlare, durante la cena in una trattoria poco fuori Verona, per tutta la sera con entrambi su temi che riguardavano sia la nostra vita personale che i problemi della vita accademica e scientifica.

Della generazione che ha avuto accesso alle cattedre di Patologia Generale agli inizi degli anni '60 siamo rimasti, se non vado errato, soltanto Dianzani ed io. Permettami di dire che la scomparsa di Alberto renderà ancora più sbiadita nella mia memoria il ricordo della nostra Università, un'Università in cui sia Alberto che io siamo cresciuti e vissuti e di cui Alberto era una delle espressioni più caratteristiche e più autorevoli. Questa Università mi sembra sconosciuta alla maggioranza dei suoi attuali frequentatori e docenti.

Addio Alberto!

Prof. Mario Comporti

Visto che sono stato preceduto da tanti interventi così dotti e profondi, anche in ottemperanza alle raccomandazioni di brevità che mi sono state giustamente impartite, sarò brevissimo, quasi telegrafico. E visto che parlo qui come Presidente della Società Italiana di Patologia, comincerò con un aneddoto terra terra, preso appunto dalla Società:

Vecchi congressi della Società Italiana di Patologia, quando si misuravano davvero le capacità espositive dei giovani e le pubblicazioni sulle riviste anglosassoni erano un fattore necessario, ma non sufficiente. Scena: tutte le ragazze che dovevano presentare comunicazioni spiaccicate a buccia di fico agli spigoli della porta d'ingresso o di pre-ingresso all'Aula. *“Che fai qui?” – “Aspetto che passi il Prof. Fonnesu” – “O perché?” – “Perché anche il solo sfiorarlo porta bene”*. E data la mole corporea del Prof. Fonnesu, la speranza di un contatto non era poi così peregrina.

Guardate che è molto facile trovare gente di cui si dica che porti male (comunità, scuole, parrocchie, circoli associativi vari), ma è difficilissimo trovare gente di cui si dica che porti bene: io, per esempio, nella mia vita l'ho sentito dire solo del Prof. Fonnesu.

Dico questo perché evidentemente doveva esserci qualcosa dietro questo rarissimo *“portar bene”*; e che cos'era questo qualcosa? Era il carisma, quella proprietà innata per cui o uno ne nasce provvisto o uno ne nasce senza e non ci sono vie di scampo o di accomodamento.

Questo Patologo generale di Firenze, che però non fiorentineggiava, dava agli astanti un senso di rispetto, che, dopo averlo sentito parlare anche per poco, con la sua cultura e la sua dottrina, pôrta così, in maniera naturale, non fatta calare dall'alto, si traduceva immediatamente in ammirazione e profondissima stima. Era un aspetto sempre sereno il suo, che infondeva serenità e simpatia, che arrivava diretta per osmosi, senza bisogno di dispendio energetico. Era una cultura stemperata la sua, cultura vera, capace di profondarsi nelle infinite vie del sapere e del conoscere, capace di

congiungersi ad un innato senso di umanità e di calore, capace di porgersi con un fascino sempre nuovo e con la magia dell'affabulazione.

Questo era per me il Prof. Fonnesu.

Commemorazione del Prof. Leonida Santamaria

Vanio Vannini

Leonida Santamaria, nato a Alvignano (CE) il 23/03/1923 e deceduto a Pavia il 07/11/2001, si laureò a Napoli in Medicina e Chirurgia con il massimo dei voti (cum laude). Straordinario di Patologia generale a Sassari nel 1964 presso la facoltà di Scienze, e Preside della stessa Facoltà nel 1969, fu poi Ordinario di Patologia generale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pavia dal 1970. Qui insegnò e fece ricerca fino al 31/10/1998; il 13 dicembre 1999 gli fu conferito il titolo di "Professore Emerito".

Di lui vanno ricordate la brillante attività scientifica (sono esempi un contributo alla scoperta del glucagone apparso su *American Journal of Physiology* nel 1952, un contributo al problema dell'origine della vita apparso su *Nature* nel 1958, la scoperta dell'effetto fotocancerogeno del benzopirene apparso su *Nature* nel 1966), che gli valse finanziamenti e riconoscimenti nazionali e internazionali, e l'efficace opera organizzativa (fondatore nella Facoltà di Scienze di Sassari degli Istituti di Chimica biologica e di Patologia generale, promotore della Scuola di specializzazione in Patologia clinica e fondatore del Centro di Ricerca per la Prevenzione dei Tumori dell'Università di Pavia).

Commemorazione del Prof. Stelio Varrone

Giancarlo Vecchio

*Ordinario di Oncologia, Dipartimento di Biologia e Patologia Cellulare e Molecolare "L. Califano",
Università di Napoli Federico II*

Stelio Varrone è mancato all'affetto dei suoi cari, degli amici e dei colleghi lo scorso 5 febbraio 2004, in seguito ad una lunga e difficile operazione chirurgica e ad un travagliato decorso post-operatorio. Stelio era ancora relativamente giovane, in apparente buona salute ed in piena attività sia dal punto di vista universitario sia dal punto di vista della sua vita di intense relazioni di amicizia e sociali. Il che ha reso ancora più traumatica la sua improvvisa scomparsa.

Dopo la perdita, anch'essa improvvisa ed impreveduta di Nino Salvatore, avvenuta nel giugno del 1997, Stelio era il decano dei Patologi generali dell'Università di Napoli Federico II. Le due scomparse, succedutesi in un relativamente breve lasso di tempo, hanno scosso la comunità dei patologi generali napoletani ed anche di molti altri patologi italiani, legati a Nino e Stelio da antichi e sinceri sentimenti di colleganza ed amicizia.

Stelio era nato a S.Croce del Sannio, in provincia di Benevento, il 26 marzo del 1935. Si era laureato in Medicina e Chirurgia presso l'allora unica Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli nel 1959. Entrato come studente interno nell'Istituto di Patologia generale diretto dal prof. Luigi Califano, era stato affidato al giovane assistente del Prof. Califano, Gaetano Salvatore. Stelio è stato il primo interno di Nino e anche per questo Nino gli era particolarmente affezionato.

Tutta la carriera scientifica di Stelio si è poi svolta a Napoli: è stato libero docente di Patologia Generale nel 1966, incaricato (e successivamente stabilizzato) di Patologia Generale dal 1969, straordinario di Patologia Molecolare presso la II Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli nel 1975 ed infine ordinario di Patologia generale presso l'Università di Napoli Federico II dal 1978.

Come molti degli allievi di Califano e di Nino Salvatore, Stelio aveva avuto un importante "training" scientifico all'estero, soggiornando in alcuni dei templi scientifici della ricerca sulla fisiopatologia tiroidea, un tema di ricerca caro a Nino e al Prof. Califano. Infatti egli aveva soggiornato dapprima per quattro anni in Francia (dal 1960 al 1964) conseguendo il titolo di "*Docteur de l'Université de Paris*", (un titolo equivalente al nostro dottorato di ricerca, ancora non esistente in Italia). Aveva lavorato presso il *Laboratoire de Biochimie Générale et Comparée del Collège de France*, diretto dal Prof. Jean Roche, lo scopritore della triiodotironina, svolgendo una tesi su un argomento a quell'epoca molto caldo nel campo della fisiologia tiroidea e sul quale aveva lavorato precedentemente nello stesso laboratorio anche Nino Salvatore, e cioè sui metaboliti epatici degli ormoni tiroidei. Al Collège Stelio aveva stretto importanti amicizie scientifiche internazionali tra cui quella con Ed Rall (che si trovava a Parigi per un anno sabbatico), un altro dei padri fondatori della fisiologia tiroidea a livello internazionale e nel cui laboratorio a Bethesda, presso gli N.I.H., Stelio trascorrerà un

altro importante periodo di ricerca ,dal 1967 al 1969, lavorando, insieme con Jan Wolff, sul metabolismo di un importante mediatore dell'azione ormonale, come l'AMP ciclico. Stelio si è recato successivamente per brevi periodi di studio e di ricerca in molti altri reputati laboratori internazionali, come la Rockefeller University, la Brandeis University, il Roche Institute for Molecular Biology, The New York University, l'Institute for Cancer Research della Columbia University ed altri.

Gli interessi scientifici di Stelio sono stati molteplici: dalla biochimica comparata, il metabolismo e il meccanismo d'azione degli ormoni tiroidei (la fase iniziale della sua produzione scientifica, condotta sotto la supervisione di Nino Salvatore, svolta in parte negli allora mitici laboratori della Stazione Zoologica, che evocano in me e in molti altri colleghi della Patologia generale di Napoli ricordi bellissimi di un'intensa attività e di grandi contatti umani scientifici e dove Stelio ritornerà in una fase successiva della sua vita di ricerca), alla regolazione dell'espressione genica in cellule eucariotiche, all'organizzazione strutturale del genoma tiroideo, alla patogenesi molecolare e alla prevenzione degli ipotiroidismi congeniti, alla patologia genetica di malattie multifattoriali, alla patogenesi molecolare di malattie neurodegenerative.

In molti di questi campi scientifici Stelio ed i suoi collaboratori hanno apportato importanti contributi. Tra questi mi piace ricordare, nell'ambito dei lavori di biochimica comparata della funzione tiroidea, il lavoro sulla scoperta dell'esistenza degli ormoni tiroidei, e quindi della funzione tiroidea, in una delle specie inferiori del *phylum* dei cordati, come il tunicato *Ciona intestinalis*, un organismo primordiale marino. Stelio ha dimostrato che la biosintesi degli ormoni tiroidei in questa specie avviene appunto nella tunica dove si accumulano le iodoproteine tiroidee, matrice per la sintesi ormonale. Un altro lavoro degno di essere segnalato è quello sul meccanismo d'azione dell'AMP ciclico, pubblicato negli anni '70 sui Rendiconti dell'Accademia dei Lincei, in cui egli dimostrò che il cAMP attiva una chinasi capace di modificare le proteine istoniche e non istoniche. In seguito a questa modificazione delle proteine nucleari la cromatina può aprirsi e la RNA polimerasi entra nel solco del DNA attivando la trascrizione genica. E' interessante notare che queste ricerche sono state compiute quando ancora non si conosceva l'esistenza della protein chinasi A, che è evidentemente l'artefice delle modificazioni descritte da Stelio Varrone. Stelio ha dedicato un'importante parte della sua attività scientifica allo studio degli ipotiroidismi congeniti ed ha avuto il merito di essere stato tra i promotori, a livello della regione Campania, dello "screening " sistematico di neonati per la scoperta di eventuali ipotiroidismi congeniti, malattie che hanno, come è noto, effetti devastanti sull'accrescimento corporeo e sulla sviluppo mentale se non identificate immediatamente e trattate propriamente. Sulla spinta dello studio degli ipotiroidismi congeniti, ha istituito il Servizio di Citogenetica e Diagnosi Prenatale presso la Facoltà di medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli Federico II e ne è stato Direttore.

Altri lavori importanti Stelio ha svolto con alcuni suoi allievi, in particolare Roberto Di Lauro, Enrico Avvedimento ed Annamaria Musti e riguardano la struttura del gene della tireoglobulina di ratto. A partire dagli anni '90, Stelio Varrone ha concentrato i suoi interessi scientifici soprattutto sulla patogenesi molecolare delle malattie neurodegenerative, campo nel quale Stelio ed i suoi allievi hanno apportato

importanti risultati, tra i quali va menzionato quello dell'analisi genetico-molecolare dell'ataxia di Friedreich, risultati pubblicati su importanti riviste internazionali, quali *Journal of Neurology*, nel 1993 e *European Journal of Human Genetics*, sempre nel 1993. Queste ricerche iniziali hanno portato poi, da parte di un altro allievo di Stelio Varrone, il Prof. Sergio Cocozza, insieme ad altri gruppi internazionali, all'isolamento del gene responsabile di questa grave e importante malattia. Infine da menzionare, sempre su questo filone di ricerche, lo studio di malattie neurodegenerative causate dall'amplificazione del trinucleotide CAG, in particolare dell'ataxia spinocerebellare A2 e della malattia di Huntington. I risultati di queste ricerche hanno portato all'identificazione dello splicing alternativo del gene responsabile dell'ataxia spinocerebellare (risultati pubblicati sulla rivista *Gene* nel 2001) ed alla scoperta della relazione tra attività transglutaminasica e amplificazione del trinucleotide CAG (risultati pubblicati sulla rivista *Human Genetics* nel 1996). Stelio è stato attivo scientificamente fino agli ultimi giorni della sua vita, come dimostrato dalle sue recenti pubblicazioni su *Human Molecular Genetics* del 2003, sul danno indotto al DNA da proteine contenenti tratti espansi di poliglutamina e sulla scoperta di un nuovo regolatore positivo della proteina di segnale *src*, risultati pubblicati sulla rivista *Molecular and Cellular Biology* nel 2004.

Stelio ha ricoperto importanti incarichi istituzionali, tra i quali quello di Direttore del Dipartimento di Biologia e Patologia Cellulare e Molecolare "L. Califano", il primo Dipartimento istituito presso l'Università di Napoli Federico II, dal 1982 al 1988, di delegato nazionale del MURST nel comitato di gestione del programma "Biotecnologie" della Comunità europea, di membro del Consiglio scientifico dell'Istituto di ricerche sulle Talassemie ed Anemie Mediterranee del C.N.R. di Cagliari e di Coordinatore del Dottorato di Ricerca in Biologia e Patologia Cellulare e Molecolare, incarico quest'ultimo ricoperto fino al momento della sua scomparsa.

Stelio ha creato una Scuola importante di allievi, tutti affermati professori e ricercatori universitari. Tra gli altri voglio menzionare i già ricordati Roberto Di Lauro, Ordinario di Genetica Umana presso l'Università di Napoli Federico II, noto internazionalmente per aver identificato alcuni geni fondamentali per lo sviluppo della ghiandola tiroide, Enrico Avvedimento, Ordinario di Patologia Generale presso la stessa Università, brillante studioso della regolazione della trascrizione genica, Sergio Cocozza, anch'egli Ordinario di Genetica Umana presso l'Università di Napoli Federico II, autore degli studi già menzionati sull'ataxia di Friedreich.

Mi piace ricordare che Stelio non era soltanto un ricercatore e professore universitario impegnato nella ricerca, nell'insegnamento e nell'assistenza ospedaliera, ma anche una personalità versatile e amante della vita. Stelio aveva due grandi passioni. La prima era la musica, in particolare la musica jazz, di cui era un esecutore eccellente (aveva partecipato, prima di partire per l'operazione chirurgica dalla quale non sarebbe mai più tornato, ad un concerto natalizio tenuto nell'aula Magna della Facoltà di Medicina dell'Università, riscuotendo un grande successo). La sua passione per la musica aveva rafforzato i legami tra Stelio ed Ed Rall a Parigi, anch'egli un grande appassionato di musica jazz. L'altra passione di Stelio era la gastronomia e soprattutto l'amore e la conoscenza per i vini, anche questa iniziata in Francia durante il suo soggiorno parigino. Stelio era diventato sommelier negli anni recenti ed aveva tentato



(con non molto successo, in verità) di trasmettermi questa sua grande passione e competenza negli anni recenti. C'è riuscito con mio figlio Riccardo che, dopo gli insegnamenti di Stelio, è diventato, come lui, competente di vini e di cibi ed è soprattutto diventato un suo grande amico, così come lo è diventato l'altro mio figlio Enzo. Riccardo ed Enzo tuttora piangono Stelio, come si può

piangere un amico carissimo. Riccardo ed Enzo sono rimasti legatissimi alla moglie Giovanna, in ricordo di Stelio, da una profonda e sincera amicizia.

L'ultima passione di Stelio era il suo paese natìo, S. Croce del Sannio. Negli ultimi anni della sua vita, essendo la sua casa paterna stata alienata, aveva comprato un terreno ed aveva costruito una nuova casa di cui era fortemente orgoglioso. E a me piace ricordarlo durante una festa da lui organizzata a S. Croce, insieme con Giovanna, i suoi amici più cari, i suoi familiari e i suoi colleghi ed allievi.

Un abbraccio affettuoso, Stelio.

Medicine Non Convenzionali Audizione avvenuta in Roma il 18 Giugno 2004

P

resso il Comitato Nazionale per la Bioetica in Roma - Presidenza del Consiglio dei Ministri, in data 18 Giugno 2004, ha avuto luogo l'audizione del Comitato Permanente di Consenso e di Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia.

All'audizione erano stati invitati i Presidenti delle Società scientifiche di Medicina: il Prof. Gasbarrini, per la Società Italiana di Medicina Interna; il Prof. Comporti, per la Società Italiana di Patologia; il Prof. Badiani, per la Società Italiana di Farmacologia; ed inoltre il Prof. L. Frati, Presidente della Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina, il Prof. G. Garattini (Istituto Mario Negri, Milano), ed altri, che non sono potuti intervenire.

Si riportano qui di seguito:

- il Verbale della seduta del Comitato Nazionale di Bioetica (*ALLEGATO 1*);
- il Documento depositato dal Comitato Permanente di Consenso e di Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali, illustrato dai Dott. Roberti, Giovanardi, Rossi Firenzuoli, Valeri e Buccheri (*ALLEGATO 2*);
- la Mozione del Comitato Nazionale per la Bioetica in Medicine e Pratiche Non Convenzionali (*ALLEGATO 3*);
- il Documento presentato dalla Società Italiana di Medicina Interna, redatto a cura della Commissione per le Medicine Alternative (*ALLEGATO 4*);
- il Documento presentato dalla Società Italiana di Patologia, illustrato dal Prof. Comporti (*ALLEGATO 5*);
- il Documento presentato dalla Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina, illustrato dal Prof. Frati (*ALLEGATO 6*).



Presidenza del Consiglio dei Ministri
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

SEDUTA PLENARIA DEL 18 GIUGNO 2004

VERBALE

All'O.d.G.:

1. APPROVAZIONE DEL VERBALE DELLA SEDUTA PLENARIA DEL 28 MAGGIO 2004
2. COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE
3. MOZIONI IN TEMA DI COMPRAVENDITA DI ORGANI A SCOPO DI TRAPIANTO
4. VARIE ED EVENTUALI

ORE 10,30: AUDIZIONI IN MATERIA DI MEDICINE NON CONVENZIONALI

Presenti:

D'Agostino, Bompiani Fiori, Barni, Loreti Beghé, Amato, Angeletti, Battaglia, Belardinelli, Binetti, Casini, Coghi, d'Avack, Di Pietro, Eusebi, Federspil, Ferrari, Flamigni, Forleo, Gaddini, Iadecola, Isidori, Manni, Marini, Mathieu, Palazzani, Possenti, Santori, Silvestrini.

Partecipano ai lavori, in sostituzione del prof. De Maio, Commissario Straordinario del C.N.R., il dott. Salberini, ed in sostituzione del prof. Garaci, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, la dott.ssa Guidoni.

Assenti:

Levi Mintalcini, Berlinguer, Ossicini, Antiseri, Busnelli, Caporale, Condorelli, Dallapiccola, De Carli, Del Barone, Dionigi, Marino, Matone, Neri, Piazza, Pomodoro, Rescigno, Schiavone, Sgreccia, Silvestro, Umani Ronchi, Zevi.

La riunione si tiene nella Sala Riunioni del Dipartimento per gli Affari Regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, in via della Stamperia, ed inizia alle ore 9,15.

Assume la presidenza il prof. D'Agostino. Verbalizza la dott.ssa Mucciconi.

(omissis)

ALLE ORE 10,30 SONO INTRODOTTI NELLA SALA RIUNIONI I PARTECIPANTI ALL'AUDIZIONE IN MATERIA DI MEDICINE NON CONVENZIONALI

Il Presidente D'AGOSTINO dà il benvenuto agli ospiti ed introduce l'audizione stabilendo l'ordine degli interventi ed il tempo massimo (10 minuti) consentito per ciascuno di essi. Il termine dell'audizione è stabilito per le ore 13,30.

Dà quindi la parola ai componenti la delegazione del Comitato Permanente di Consenso e di Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia, nell'ordine: dr. Paolo ROBERTI, dr. Carlo Maria GIOVANARDI, dr. Elio ROSSI, dr. Fabio FIRENZUOLI, dr. Andrea VALERI e dr. Giancarlo BUCCHERI. Ciascuno deposita una documentazione, allegata al presente verbale (*ALLEGATO CUMULATIVO INDICATO COL N. 2*).

Intervengono poi, secondo l'ordine stabilito, il prof. Giovanni GASBARRINI, per la Società Italiana di Medicina Interna, che rilascia la documentazione allegata al presente verbale (*ALLEGATO 4*); il prof. Mario COMPORTI, Presidente della Società Italiana di Patologia, che rilascia la documentazione allegata al presente verbale (*ALLEGATO 5*); il prof. Aldo BADIANO, per la Società Italiana di Farmacologia; Il prof. Luigi FRATI, Presidente della Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, che rilascia la documentazione allegata al presente verbale (*ALLEGATO 6*). Infine prende la parola il prof. FEDERSPIL quale membro del CNB proponente la mozione in materia di medicine non convenzionali, di cui si discute.

Terminato il giro di interventi illustrativi, il Presidente D'AGOSTINO apre il dibattito, che si svolge nei termini seguenti: i membri del CNB ed eventualmente i rappresentanti delle Società ed Associazioni scientifiche ed accademiche presenti, hanno facoltà di porre domande agli ospiti rappresentanti del Comitato Permanente di Consenso e di Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia, i quali avranno ciascuno diritto di risposta. Per agevolare la discussione, le domande saranno raccolte a gruppi di cinque. Il primo gruppo di domande è posto dai professori BATTAGLIA, AMATO, FLAMIGNI, FORLEO e BARNI, al quale rispondono il dr. ROBERTI, il dr. GIOVANARDI, il dr. ROSSI, il dr. FIRENZUOLI, il dr. VALERI ed il dr. BUCCHERI. Seguono le questioni poste dai professori BINETTI, FIORI, SILVESTRINI, FRATI e FEDERSPIL, alle quali la delegazione risponde intervenendo nell'ordine predetto.

Giunta l'ora stabilita, il PRESIDENTE dichiara chiuso il dibattito, ringrazia e saluta gli ospiti a nome di tutto il Comitato.

(omissis)

Alle ore 13,45 la riunione si scioglie.

Il Verbalizzante

Dott.ssa Iole Teresa Mucciconi

Il Presidente

Prof. Francesco D'Agostino

**Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento
per le Medicine Non Convenzionali in Italia
www.fondazionericci.it/comitato**

Censimento al 26.04.2004

Ambulatorio di Omeopatia, Ospedale “Campo di Marte”, ASL 2, Lucca, Centro di riferimento per l’Omeopatia della Regione Toscana, collegato alla Scuola di Omeopatia Classica “Mario Garlasco” di Firenze. Al Centro operano 3 medici, 1 farmacista, 3 collaboratori amministrativi.

Anthropos & Iatria, Associazione Scientifica Internazionale per la Ricerca, lo Studio e lo Sviluppo delle Medicine Antropologiche e Accademia Europea per le Discipline di Frontiera, Genova: 87 iscritti

Associazione Atah Ayurveda, Bologna: 26 iscritti

Associazione Italiana Pazienti della Medicina Antroposofica, AIPMA, Torino: 130 iscritti

Associazione Lycopodium, Firenze: 40 iscritti, collegata alla Scuola “Mario Garlasco” di Firenze

Associazione Nazionale Medici Fitoterapeuti, ANMFIT, Empoli: 100 iscritti, collegata alla Scuola di Fitoterapia dell’ASL 11 di Empoli

Associazione Pazienti Omeopatici, APO, Napoli: 60 iscritti

Associazione Medica Italiana di Omotossicologia, AIOT, Milano: 4617 iscritti. Scuola Triennale di Omotossicologia + Anno Complementare di Omeopatia Classica + Anno Complementare di Omotossicologia per Veterinari; Scuola Biennale di Omotossicologia per Odontoiatri.

Associazione di Ricerche e Studi per la Medicina Antroposofica, ARESMA, Milano: 25

- Centro Clinico di Medicina Naturale, Ospedale S. Giuseppe, ASL 11, Empoli, Centro di riferimento per la Fitoterapia della Regione Toscana + Scuola di Fitoterapia Biennale. Al Centro operano 5 medici di cui 1 medico tradizionale cinese, 2 collaboratori amministrativi.
- Centro di Medicina Tradizionale Cinese “Fior di Prugna”, ASL 10, Firenze, Centro di riferimento per le Medicine Non Convenzionali e la Medicina Tradizionale Cinese della Regione Toscana.. Al Centro operano 3 medici, 3 terapisti, 2 collaboratori amministrativi, 1 operatore professionale dirigente
- Centro Italiano di Studi e di Documentazione in Omeopatia, CISDO, Milano: Scuola Triennale
- Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopatici, FIAMO, Terni: 456 iscritti (medici e veterinari). Ha il coordinamento di 14 Scuole indipendenti aderenti al Dipartimento Scuola Formazione Insegnamento
- Federazione Italiana delle Società di Agopuntura, FISA, Bologna: 2639 iscritti al 31.03.03. Sono federate 20 Associazioni con 14 Scuole Quadriennali con medesimo piano di studi.
- Gruppo Medico Antroposofico Italiano, GMAI, Milano: 135 iscritti. Scuola Triennale
- Istituto di Studi di Medicina Omeopatica, ISMO, Roma: Scuola Triennale
- Istituto Superiore di Medicina Olistica e di Ecologia, ISMOE, Urbino
- Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis (sezione italiana), Macerata: 471 iscritti
- Nobile Collegio Omeopatico, NCO, Roma: 2156 iscritti. Scuola Triennale
- Scuola di Medicina Ayurvedica “Ayurvedic Point”, Milano, collegata alla Società Scientifica Italiana di Medicina Ayurvedica
- Scuola di Omeopatia Classica “Mario Garlasco”, Firenze: Scuola Triennale

- Società Italiana di Ecologia, Psichiatria e Salute Mentale, SIEPSM, Imperia: 130 iscritti
- Società Italiana di Farmacoterapia Cinese e Tradizionale, SIFCeT, Roma: 50 iscritti. E' collegata alle Scuole: Fondazione Matteo Ricci di Bologna e MediCina di Milano
- Società Italiana di Floriterapia, SIF, Bologna: 82 iscritti. Scuola di Floriterapia Clinica collegata al Nobile Collegio Omeopatico
- Società Italiana di Medicina Omeopatica, SIMO, Palermo: 141 iscritti (130 medici, 11 veterinari). E' collegata a 7 Scuole.
- Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata, SIOMI, Milano: 830 iscritti
- Società Italiana di Psichiatria Olistica, SIPOI, Bologna: 58 iscritti. Scuola di Bioterapie collegata al Nobile Collegio Omeopatico.
- Società Scientifica Italiana di Medicina Ayurvedica, SSIMA, Milano: 11 iscritti
- Unione di Medicina Non Convenzionale Veterinaria, UMNCV, Bologna: 177 iscritti. Sono federate le sezioni di Medicina Veterinaria di 14 Associazioni e Scuole di MNC.
- World Psychiatric Association, Section on "Ecology, Psychiatry and Mental Health", Imperia: essendo una sezione della Associazione Mondiale di Psichiatria numero elevato

Coordinatore:

Dott. Paolo Roberti

Via Siepelunga, 36/12

40141 Bologna

cell. 3358029638

E-mail: p.roberti@fastwebnet.it

XLIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria
Bologna 19-24 ottobre 2003 - Palazzo della Cultura e dei Congressi

Conferenza di Consenso

“Medicine Non Convenzionali”

Lunedì 20 ottobre 2003

Coordinatore
Dott. Paolo Roberti

Documento di Consenso

Premessa

La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo, salvaguarda il principio del pluralismo scientifico e garantisce la libertà di scelta terapeutica da parte del cittadino e la qualificazione professionale degli operatori sanitari, valorizzando in particolar modo l'autonomia del medico nelle scelte terapeutiche (Corte di Cassazione, IV Sezione Penale, Sentenza n. 301, 8/2/2001).

Il diritto di scelta, riconosciuto ad ogni persona come punto focale di ogni moderna considerazione di rispetto della volontà individuale nei confronti del proprio stato di salute e malattia, è stato implicitamente già espresso e si è concretizzato con il ricorso, da parte di sempre più ampi strati della popolazione, ad alcune discipline e pratiche terapeutiche note con il termine complessivo di “Medicine Non Convenzionali” (MNC): Agopuntura, Omeopatia, Fitoterapia, Medicina Tradizionale Cinese, Medicina Antroposofica, Omotossicologia, Medicina Ayurvedica, Chiropratica e Osteopatia (“Linee Guida su Medicine e Pratiche Non Convenzionali”, FNOMCeO, Terni, 18/5/2002).

Si conviene che tutte le metodiche terapeutiche e di intervento sanitario sulla persona non possono derogare dalla necessità di una preliminare diagnosi clinica, di esclusiva pertinenza del medico che ne abbia specifica competenza, il quale può utilizzarle come parte integrante della Medicina secondo scienza, coscienza, competenza e perizia.

1. Definizioni operative

L'attributo "non convenzionale", sebbene attualmente costituisca in Italia l'appellativo più diffuso, sembra porre queste metodologie terapeutiche in contrapposizione alla medicina accademica, intesa come convenzionale. Ricordando a tale proposito che nel mondo anglosassone si utilizza il termine CAM (Complementary and Alternative Medicine), è indispensabile sottolineare la complementarietà dei diversi possibili approcci diagnostici e terapeutici che rientrano in questo ambito, per evidenziare l'integrazione in atto nel sistema sanitario e la possibilità di utilizzo pratico di tutte le informazioni provenienti dal paziente.

È altresì di fondamentale importanza la ricerca, l'individuazione e l'adozione di un linguaggio comune che, definendo in maniera univoca le rispettive peculiarità metodologiche, contribuisca a favorire lo scambio del maggior numero possibile di informazioni tra operatori sanitari e ricercatori, soprattutto in ambito accademico: l'obiettivo è quello di comprendere i vantaggi e i limiti di ciascuna disciplina e di meglio identificare, tra un'ampia scelta di terapie e trattamenti e sulla base delle evidenze disponibili, quali siano i più appropriati per il paziente malato.

2. Ricerca scientifica

Riconosciuta l'eticità dell'integrazione terapeutica offerta da queste discipline, è necessario e opportuno prevedere la possibilità di accreditare e realizzare programmi di studio e ricerca scientifica che, nel rispetto delle peculiarità di ogni disciplina, consentano di validarne l'efficacia valorizzandone l'effettivo ruolo medico terapeutico.

A tal fine è auspicabile, accanto alla ricerca pubblica istituzionale, il concorso di una finalizzata e proficua collaborazione tra Industrie, Aziende e Società medicoscientifiche del settore per idonei progetti di ricerca da realizzare mediante apposite forme di accreditamento e finanziamento. Si auspica anche un maggiore contributo di istituzioni sanitarie pubbliche e facoltà mediche al processo in corso di validazione scientifica delle Medicine Non Convenzionali.

3. Riconoscimento legislativo

L'iter legislativo in corso per adeguare la legislazione italiana a quanto sollecitato dall'Unione Europea (Direttive Europee n. 92/73 e 92/74; Ris. n. 75 del Parlamento Europeo del 29 maggio 1997: "Statuto delle Medicine Non Convenzionali"; Ris. n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4 novembre 1999), dovrà consentire ai medici idoneamente preparati nelle singole discipline di fregiarsi della propria qualifica, competenza e preparazione professionale.

4. Informazione e media

L'informazione sanitaria deve essere finalizzata all'educazione sanitaria della popolazione verso abitudini e comportamenti utili alla conservazione della salute intesa non solo come assenza di malattia ma anche come benessere psicofisico (secondo quanto stabilito dall'OMS), oltre che alla prevenzione delle patologie e alla loro cura e trattamento in caso di necessità.

Per le MNC si propone l'istituzione di appositi Osservatori Regionali, sia per la verifica costante dell'informazione utile e necessaria per la diffusione di notizie corrette e complete per la popolazione, sia per la documentazione e la ricerca riguardanti ogni

singola disciplina, prevalentemente attraverso un coordinamento tra le società scientifiche del settore. L'obiettivo è quello di mettere a disposizione di cittadini e operatori sanitari analisi indipendenti e qualificate sulla situazione delle MNC sul proprio territorio. I risultati di tali verifiche potranno essere raccolti da un Osservatorio Nazionale come punto di riferimento e coordinamento per una valutazione complessiva che consenta di evitare duplicazioni di interventi e con economia di costi per la ricerca.

A tutela dell'utenza e nelle more del riordino legislativo del settore, si riconosce e si auspica l'adozione, da parte di tutti gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di opportune modalità di riconoscimento della specifica preparazione in materia del proprio iscritto le quali, sulla base inderogabile di criteri concordati con le scuole e le associazioni scientifiche più autorevoli di ogni disciplina, siano di garanzia per la popolazione assistita.

5. Consenso informato

Nel rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica, è giusto ricordare il dovere della concreta applicazione, all'interno di un libero rapporto consensuale ed informato, dei principi della libertà di scelta terapeutica da parte del paziente e della libertà di cura da parte del medico. Si conferma, pertanto, la necessità di una completa, corretta e comprensibile informazione alla persona, finalizzata allo sviluppo di un rapporto tra medico e paziente in grado di utilizzare la Medicina nella sua accezione più ampia, intesa come professione esercitata con piena libertà del medico di porre in atto ogni mezzo ritenuto utile ed eticamente valido nell'interesse della persona assistita e con il suo consenso.

6. Formazione e competenza

Riconoscendo alle Università il ruolo storico nella formazione, si deve comunque constatare negli atenei italiani la carenza di docenti e risorse dedicate all'insegnamento e alla ricerca nel campo delle MNC. Attualmente i percorsi formativi disponibili sono prevalentemente forniti dagli Istituti privati che da anni operano nel settore: si auspica quindi che le Università, nello sforzo di colmare questa carenza formativa, concorrano ad individuare e realizzare convenzioni e accordi di collaborazioni con associazioni e scuole già operanti nella ricerca, nell'insegnamento e nella verifica dell'apprendimento di queste discipline, come contributo utile a valorizzarne l'esperienza accumulata. Si auspica che tale processo di integrazione formativa arrivi progressivamente ad un regime di libera concorrenza tra Istituti privati e Università prevedendo, nelle fasi iniziali, l'inserimento di nozioni informative generali nei corsi di laurea delle facoltà mediche e, dove questo sia possibile, l'attivazione di corsi elettivi di introduzione alla conoscenza delle MNC.

7. Farmacoeconomia e integrazione sul territorio

L'elevato numero di pazienti che si affida alle MNC in piena libertà terapeutica e senza gravare sull'economia del SSN, evidenzia un fenomeno che coinvolge tutti i protagonisti dello scenario sanitario sul territorio. Ne consegue una necessaria incentivazione di collaborazioni e/o convenzioni tra le diverse figure coinvolte a vario titolo nella problematica (medici di Medicina Generale, specialisti ospedalieri, aziende sanitarie locali, personale parasanitario, etc.) per la diffusione di un corretto percorso integrato e di un'adeguata informazione dei vantaggi e dei limiti di tali discipline.

8. Rapporti con le istituzioni

Medici esperti per ogni disciplina, opportunamente indicati dalle Associazioni scientifiche più rappresentative per ogni disciplina, devono essere presenti e partecipare a pieno titolo con parità di ruolo e di funzioni nelle Commissioni e Organi consultivi della Professione, del Ministero della Salute, del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica, di Associazioni di pazienti e consumatori, per numerose finalità: riconoscimento dei titoli di studio conseguiti all'estero, allocazione di risorse dirette a progetti di ricerca, adeguamento ed integrazione con strutture e ordinamenti già esistenti, etc.

9. Prescrizione e strumenti di cura

Allo scopo di evitare istanze di tipo limitativo e spesso attuate in assenza di una reale conoscenza del problema, è necessario stabilire in maniera univoca i criteri di qualità, sicurezza ed efficacia necessari per l'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali e degli strumenti di cura impiegati nei diversi indirizzi terapeutici. L'individuazione di tali criteri, specifici per ogni indirizzo terapeutico, dovrà avvenire su indicazioni delle rispettive Società scientifiche e/o Associazioni professionali più rappresentative e autorevoli.

Conclusioni

Si ringrazia la Società Italiana di Psichiatria che, nell'ambito del XLIII Congresso Nazionale di Bologna, ha voluto la prima Conferenza di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali organizzata in Italia in ambito accademico; questo *Documento di Consenso* è frutto del lavoro del suo promotore e di tutte le Associazioni e le Scuole firmatarie. Si auspica che questo evento sia di stimolo per la piena integrazione di interventi analoghi nella cosiddetta *medicina di base* e presso altre specializzazioni mediche.

Il *Documento di Consenso*, condiviso dai rappresentanti autorevoli delle discipline non convenzionali in Italia qui convenute e da medici e ricercatori esperti della materia, intende costituire il presupposto per una continuità di azione unitaria in tale settore della medicina, aperta a tutte le componenti sanitarie, nelle sedi rappresentative della Professione medica (FNOMCeO e Ordini Provinciali), presso le Istituzioni della Repubblica sia nazionali che regionali e territoriali, nonché nei confronti delle Associazioni dei cittadini.

Associazioni, Enti, Istituti, Scuole e Società Scientifiche firmatari

- Ambulatorio di Omeopatia, Ospedale Campo di Marte, ASL 2, Lucca, Centro di riferimento per l'Omeopatia della Regione Toscana
Dott. Elio Rossi
- Anthropos & Iatria, Associazione Scientifica Internazionale per la Ricerca, lo Studio e lo Sviluppo delle Medicine Antropologiche e Accademia Europea per le Discipline di Frontiera, Genova
Prof. Paolo Aldo Rossi
- Associazione Atah Ayurveda, Bologna
Dott. Guido Sartori
- Associazione Italiana Pazienti della Medicina Antroposofica, AIPMA, Milano
Adelina Ansante
- Associazione Medica Italiana di Omotossicologia, AIOT, Milano
Dott. Ivo Bianchi
- Associazione “Lycopodium Homeopathia Europea”- Scuola di Omeopatia Classica "Mario Garlasco", Firenze
Dott.ssa Pia Barilli
- Associazione Nazionale Medici Fitoterapeuti, ANMFIT, Empoli
Dott. Fabio Firenzuoli
- Associazione Pazienti Omeopatici, APO, Napoli
Vega Palombi Martorano
- Associazione per l'Universalità della Medicina, ASSUM, Roma
Prof. Francesco Macrì
- Associazione di Ricerche e Studi per la Medicina Antroposofica, ARESMA, Milano
Dott. Angelo Franzini
- Centro Clinico di Medicina Naturale, Ospedale S. Giuseppe, ASL 11 Empoli, Centro di riferimento per la Fitoterapia della Regione Toscana
Dott. Fabio Firenzuoli
- Centro Italiano di Studi e Documentazione in Omeopatia, CISDO, Milano
Dott. Ennio Masciello
- Centro di Medicina Tradizionale Cinese “Fior di Prugna”, ASL 10, Firenze, Centro di riferimento per le Medicine Non Convenzionali e la Medicina Tradizionale Cinese della Regione Toscana
Dott.ssa Sonia Baccetti
- Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopati, FIAMO, Terni
Dott.ssa Antonella Ronchi
- Federazione Italiana dei Medici Omeopati, FIMO, Roma
Dott. Marco Lombardozzi
- Federazione Italiana delle Società di Agopuntura, FISA, Bologna
Dott. Carlo Maria Giovanardi

- Gruppo Medico Antroposofico Italiano, GMAI, Milano
Dott. Giuseppe Leonelli
- Homoeopathia Europea-Internationalis, Bruxelles
Dott. Carlo Cenerelli
- Istituto di Studi di Medicina Omeopatica, ISMO, Roma
Dott. Gino Santini
- Istituto di Studi di Medicina Omeopatica, ISMO, Reggio Calabria
Dott.ssa Rosa Femia
- Istituto Superiore di Medicina Olistica e di Ecologia, ISMOE, Urbino
Prof. Corrado Bornoroni
- Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis, Berna
Dott. Renzo Galassi
- Nobile Collegio Omeopatico, NCO, Roma
Dr.ssa Anna Maria Rigacci
- Società Italiana di Ecologia, Psichiatria e Salute Mentale, SIEPSM, Imperia
Dott. Giuseppe Spinetti
- Società Italiana di Farmacoterapia Cinese e Tradizionale, SIFCeT, Roma
Dott. Giulio Picozzi
- Società Italiana di Floriterapia, SIF, Bologna
Dott. Ermanno Paoelli
- Società Italiana di Medicina Omeopatica, SIMO, Palermo
Dott. Ciro D'Arpa
- Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata, SIOMI, Milano
Dott.ssa Simonetta Bernardini
- Società Italiana di Psichiatria Olistica, SIPOI, Bologna
Dott. Ermanno Paoelli
- Società Scientifica Italiana di Medicina Ayurvedica Onlus, SSIMA, Milano
Dott. Antonio Morandi
- Unione di Floriterapia, Milano
Dott.ssa Maria Antonietta Balzala
- Unione di Medicina Non Convenzionale Veterinaria, UMNCV, Bologna
Dr. Francesco Longo, Dr.ssa Antonella Carteri, Dr. Andrea Malgeri
- World Psychiatric Association, Section on "Ecology, Psychiatry and Mental Health", Imperia
Dott. Giuseppe Spinetti

Coordinatore

Dott. Paolo Roberti

Via Siepelunga, 36/12 - 40141 Bologna

tel. 3358029638 - p.roberti@fastwebnet.it

Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento

per le Medicine Non Convenzionali in Italia

www.fondazionericci.it/comitato

**Al Presidente del Comitato Nazionale di Bioetica
Prof. Francesco D'Agostino**

Ai Membri del Comitato Nazionale di Bioetica

Loro Sedi

**p.c.
al Presidente del Consiglio dei Ministri
On. Silvio Berlusconi**

agli On. Parlamentari

**Oggetto: risposta del Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le
Medicine Non Convenzionali in Italia alla mozione del Comitato Nazionale per la
Bioetica su medicine e pratiche non convenzionali del 23 aprile 2004.**

Bologna, 08.05.04

Egregio Presidente,

a nome del *Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia*, Le inoltro un commento alla recente mozione del Comitato Nazionale di Bioetica sul tema in oggetto, ringraziando dell'attenzione che vorrà dedicare alle nostre argomentazioni ed alla nostra esperienza.

Distinti saluti

Il Coordinatore,
Dr. Paolo Roberti

Premessa

Lunedì 20 ottobre 2003 nell'ambito del XLIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria si è tenuta la CONFERENZA DI CONSENSO su "Psichiatria e Medicine Non Convenzionali nel Servizio Sanitario Nazionale". In questa occasione è stato sottoscritto dai più autorevoli e rappresentativi Associazioni, Enti, Istituti, Scuole, Società di Medicine Non Convenzionali di area medica il primo DOCUMENTO DI CONSENSO SULLE MEDICINE NON CONVENZIONALI IN ITALIA (reperibile nel sito: www.fondazionericci.it/comitato). Venerdì 5 dicembre 2003 a Bologna è stato costituito tra i firmatari del Documento di Consenso sulle MNC il COMITATO PERMANENTE DI CONSENSO E COORDINAMENTO PER LE MEDICINE NON CONVENZIONALI IN ITALIA. Successivamente altre associazioni hanno sottoscritto il Documento di Consenso e hanno aderito al Comitato. Il Comitato nasce quindi con lo scopo di concretizzare con tutte le iniziative del caso quanto sottoscritto col Documento di Consenso e di sensibilizzare l'opinione pubblica sulle MNC e di costituirsi come l'interlocutore più autorevole e rappresentativo delle MNC di area medica nei confronti delle Istituzioni, grazie anche alla presenza delle associazioni di pazienti delle medicine non convenzionali.

Risposta alla mozione del Comitato Nazionale per la Bioetica

1. Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha esaminato la proposta di legge sulle “medicine e pratiche non convenzionali” nel testo unificato elaborato dalla Commissione XII Affari Sociali della Camera ed ha promulgato, in data 23 aprile 2004, una mozione con una serie di rilievi, che questo Comitato di Coordinamento ha recepito e cui intende replicare con il presente documento. I commenti da noi proposti seguono la numerazione della mozione stessa e sono riportati in caratteri corsivi.

2. Il CNB rileva come la proposta di legge in questione dia per scontati numerosi nodi concettuali particolarmente complessi e di evidente rilievo bioetico e prospetti soluzioni e provvedimenti gravidi di conseguenze nel prossimo futuro.

Il Comitato di Coordinamento, nel concordare col fatto che un provvedimento quale quello citato ed in corso di definizione abbia ovviamente una rilevanza etica e prospetti soluzioni che avranno conseguenze sulla didattica e la pratica medica, dissente dall'affermazione che siano “dati per scontati” numerosi nodi concettuali. In realtà, il testo attualmente in discussione è frutto di una pluriennale elaborazione, in cui sono stati coinvolti esperti delle più svariate discipline, comprese quelle teoriche ed epistemologiche, nonché membri designati dalle più rappresentative categorie professionali mediche e paramediche.

3. Il CNB definisce come “quanto mai discutibile” il principio del “pluralismo scientifico” affermato nel primo articolo del pdl, definendo come tale “la contemporanea presenza di più scienze concernenti un medesimo oggetto – ad esempio, la presenza di più chimiche organiche o di più fisiche”.

Il problema del pluralismo scientifico, giustamente sollevato dal CNB, è un aspetto fondamentale della discussione e merita di essere approfondito. Concordiamo con il fatto che il pluralismo scientifico, nell'accezione proposta dal CNB, non esiste e non è mai esistito. Tuttavia, noi sosteniamo il concetto di pluralismo scientifico proposto nel pdl, che come si evince dal resto del provvedimento, ha tutt'altro significato. Per pluralismo scientifico intendiamo il fatto che una stessa scienza (nella fattispecie quella medica) possa ospitare al suo interno diverse teorie e diverse pratiche, tra loro complementari e integrabili (dove possibile, questa è la condizione più auspicabile) o tra loro in competizione e concorrenza per una migliore efficacia nel rispondere ai bisogni sanitari della popolazione. La competizione di diversi sistemi teorici si è verificata spesso nella storia delle scienze, anche in quelle chimiche e fisiche, portando talvolta a drammatiche “rottture”, come ad esempio nel caso del passaggio dal sistema tolemaico a quello copernicano o, per venire a tempi più recenti, dalla fisica newtoniana a quella relativistica e poi a quella quantistica. Anche lo sviluppo delle scienze della complessità e della teoria del caos ha contribuito, nel corso del XX secolo, a confutare il paradigma di una sola teoria scientifica, portatrice di un unico modo di interpretare la realtà. In questo senso, ribadiamo che il pluralismo scientifico – inteso non come pluralismo di scienze, ma come pluralismo nella scienza - è un fattore essenziale per il progresso della scienza e dell'arte medica. Di conseguenza, deve essere vista come preoccupante la posizione di chi, affermando un unico paradigma, tende a escludere sia la complementarità, sia la competizione tra diverse teorie e prassi mediche. Tale posizione assume carattere di dogmatismo e può risultare anche controproducente, se viene tradotta in pratica con l'esclusione dalla rappresentatività istituzionale, dall'accesso ai finanziamenti per la ricerca, dalla didattica universitaria e persino, come avvenuto per una recente delibera

sulle medicine non convenzionali (che già in altra occasione abbiamo proposto assuma il titolo di “medicine complementari”) parta dall’affermazione esplicita di questo tipo di pluralismo scientifico.

4. Il CNB sottolinea come nel pdl si confonda il pluralismo scientifico o con il pluralismo delle “visioni del mondo” (il quale costituisce certamente un fattore di avanzamento culturale e sociale), o con la presenza, nell’ambito di una medesima scienza, di una pluralità di teorie che mirano tutte a risolvere un certo ordine di problemi.

Per le ragioni che abbiamo sopra esposto, non ci sembra che nel pdl si possa ravvisare tale “confusione”. Né ci pare che l’alternativa tra due concetti di pluralismo si debba porre nei termini suggeriti dal CNB, perché la maggior parte delle medicine complementari di cui ci occupiamo non hanno necessariamente la pretesa di affermare “visioni del mondo” alternative, ma solo diverse teorie e prassi mediche, che chiedono di essere rispettate nell’ambito del pluralismo scientifico, così come affermato al punto precedente.

5. Il CNB rileva che se l’autonomia del paziente nella scelta terapeutica rappresenta certamente un valore fondamentale universalmente riconosciuto dalla bioetica, e se la libertà della ricerca scientifica va in ogni caso salvaguardata, la libertà di cura tuttavia non può prescindere dalle conoscenze scientifiche acquisite e convalidate, senza le quali non è possibile tutelare adeguatamente la salute del paziente garantendone l’informazione ai fini del consenso.

Su questo punto siamo d’accordo con la posizione del CNB e teniamo a sottolineare come la qualificazione scientifica e didattica delle medicine complementari sia interesse primario dei medici esperti e dei ricercatori in questo campo, oltre, ovviamente, che dei pazienti. Riteniamo che l’approvazione di un disegno di legge organico, in questo settore, possa costituire un passaggio molto importante in tale direzione. Approfittiamo dell’occasione per sottolineare il fatto che il Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia ha già espresso il suo giudizio ed effettuato delle proposte di modifica, a suo parere migliorative, sul pdl attualmente in discussione nella Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati.

6. Il CNB si dice preoccupato della proposta di istituire **a)** insegnamenti accademici e corsi di formazione nelle Università statali e non statali di “medicine e pratiche non convenzionali”, **b)** di inserire la materie di insegnamento relative alle medicine e alle pratiche non convenzionali nei corsi di laurea di Medicina, di Odontoiatria, di Farmacia, di Medicina Veterinaria, di Scienze Biologiche e di Chimica, **c)** di accreditare come società e associazioni “scientifiche” le società e le associazioni di riferimento delle professioni sanitarie non convenzionali, **d)** di modificare la composizione del Consiglio Superiore di Sanità inserendo fra i suoi componenti sei rappresentanti delle medicine e pratiche non convenzionali.

Per quanto riguarda i suddetti punti la posizione del Comitato di Coordinamento è la seguente:

a) Non concordiamo con tale preoccupazione del CNB. L’inserimento di insegnamenti accademici e corsi di formazione nelle Università avrebbe come conseguenze positive sia il fatto che si tratterebbe di un insegnamento di qualità, erogato dalle massime istituzioni scientifiche e didattiche, sia che costituirebbe un notevole incentivo alla

Università il ruolo storico nella formazione, ma si deve comunque constatare negli atenei italiani la carenza di docenti e risorse dedicate all'insegnamento ed alla ricerca nel campo delle medicine non convenzionali. Attualmente i percorsi formativi disponibili sono prevalentemente forniti dagli Istituti privati che da anni operano nel settore: si auspica quindi che le Università, nello sforzo di colmare questa carenza formativa, concorrano ad individuare e realizzare convenzioni e accordi di collaborazioni con associazioni e scuole già operanti nella ricerca, nell'insegnamento e nella verifica dell'apprendimento di queste discipline, come contributo utile a valorizzarne l'esperienza accumulata.

- b) L'inserimento di insegnamenti relativi alle medicine e alle pratiche non convenzionali, nei corsi di laurea di Medicina, di Odontoiatria, di Farmacia, di Medicina Veterinaria, di Scienze Biologiche e di Chimica è necessario perché gli operatori sanitari devono conoscere queste discipline, utilizzate da una consistente fascia della popolazione, anche se non le utilizzano. Tale criterio è analogo a quello per cui la formazione di base del medico include nozioni di materie specialistiche, di medicina legale e di storia della medicina. Proprio per garantire una corretta "informazione ai fini del consenso" (v. punto 5 dello stesso CNB) è necessario che gli operatori sanitari siano adeguatamente formati e aggiornati, sia sui numerosi avanzamenti scientifici che indubbiamente si sono registrati nel campo delle medicine complementari, sia sulle problematiche etiche, deontologiche e organizzative che la diffusione di tali medicine pone.*
- c) L'accreditamento come società e associazioni "scientifiche" delle società e associazioni di riferimento delle professioni sanitarie non convenzionali è un passaggio fondamentale perché garantisce un controllo di qualità e premia le società e associazioni che operano più seriamente nella didattica e nella ricerca in questo campo di frontiera, venendo spesso a supplire le carenze di altre istituzioni ufficiali. Qualsiasi nuovo settore disciplinare che si costituisce in medicina nasce come qualcosa che inizialmente è visto come "non convenzionale" e poi tende a istituzionalizzarsi perdendo tale qualifica e sviluppando specifiche società scientifiche. Non si vede con quali motivazioni il CNB si opponga a tale processo di auto-organizzazione, tipico di ogni settore disciplinare.*
- d) Se il Consiglio Superiore di Sanità vuole corrispondere ai suoi scopi istituzionali, a nostro giudizio deve includere fra i suoi componenti i rappresentanti delle medicine e pratiche non convenzionali. Altrimenti, ogni deliberazione o raccomandazione, che vertesse su argomenti ritenuti "non convenzionali", potrebbe essere viziata dalla non rappresentatività e, con ogni probabilità, anche da un certo grado di incompetenza tecnica.*

7. Il CNB ritiene del tutto ingiustificata l'istituzione della qualifica di "esperto" per gli indirizzi previsti nell'art. 6 della pdl e l'istituzione prevista dall'art. 21 di professioni sanitarie non convenzionali.

Il Comitato di Coordinamento ritiene tale pronunciamento del CNB troppo sintetico e, perciò, confondente. Infatti, nell'articolo 6 del pdl si fa riferimento ai medici, che assumerebbero la qualifica di "esperti" in una delle varie terapie complementari. Ciò sarebbe oltremodo utile, soprattutto a garanzia del cittadino il quale oggi è disorientato perché non gli è garantito alcun mezzo per conoscere veramente la qualifica di un medico che proponga terapie complementari o cui rivolgersi per ottenerle. Noi siamo pertanto favorevoli alla conservazione di tale dizione nell'articolo 6, almeno finché non si aprano delle scuole di specializzazione in questi settori disciplinari. Per quanto riguarda l'articolo

21, invece, esso riguarda le discipline non convenzionali esercitate da operatori non-medici. Su tale articolo anche il Comitato di Coordinamento ha espresso al Relatore e alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici le proprie forti perplessità.

Nel ribadire il proprio sostegno critico al percorso di approvazione della legge sulle medicine non convenzionali, il Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia ribadisce la propria sostanziale dissociazione dalle posizioni espresse in merito dal CNB, che ritiene in buona parte caratterizzate da una pregiudiziale ostilità, probabilmente dovuta al fatto che al suo interno sono scarsamente rappresentate le componenti mediche competenti nel settore. Si dichiara comunque disponibile a discutere e approfondire le varie questioni, che sono di sicura rilevanza etica e professionale.

Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento
per le Medicine Non Convenzionali in Italia
www.fondazionericci.it/comitato

- Ambulatorio di Omeopatia, Ospedale Campo di Marte, ASL 2, Lucca, Centro di riferimento per l'Omeopatia della Regione Toscana
- Anthropos & Iatria, Associazione Scientifica Internazionale per la Ricerca, lo Studio e lo Sviluppo delle Medicine Antropologiche e Accademia Europea per le Discipline di Frontiera, Genova
- Associazione Atah Ayurveda, Bologna
- Associazione Italiana Pazienti della Medicina Antroposofica, AIPMA, Torino
- Associazione Medica Italiana di Omotossicologia, AIOT, Milano
- Associazione "Lycopodium Homeopathia Europea"- Scuola di Omeopatia Classica "Mario Garlasco", Firenze
- Associazione Nazionale Medici Fitoterapeuti, ANMFIT, Empoli
- Associazione Pazienti Omeopatici, APO, Napoli
- Associazione di Ricerche e Studi per la Medicina Antroposofica, ARESMA, Milano
- Centro Clinico di Medicina Naturale, Ospedale S. Giuseppe, ASL 11 Empoli, Centro di riferimento per la Fitoterapia della Regione Toscana
- Centro Italiano di Studi e Documentazione in Omeopatia, CISDO, Milano
- Centro di Medicina Tradizionale Cinese "Fior di Prugna", ASL 10, Firenze, Centro di riferimento per le Medicine Non Convenzionali e la Medicina Tradizionale Cinese della Regione Toscana
- Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopati, FIAMO, Terni
- Federazione Italiana delle Società di Agopuntura, FISA, Bologna
- Gruppo Medico Antroposofico Italiano, GMAI, Milano
- Homoeopathia Europea-Internationalis, Bruxelles
- Istituto di Studi di Medicina Omeopatica, ISMO, Roma
- Istituto Superiore di Medicina Olistica e di Ecologia, ISMOE, Urbino
- Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis, Berna
- Nobile Collegio Omeopatico, NCO, Roma
- Società Italiana di Ecologia, Psichiatria e Salute Mentale, SIEPSM, Imperia
- Società Italiana di Farmacoterapia Cinese e Tradizionale, SIFCeT, Roma
- Società Italiana di Floriterapia, SIF, Bologna
- Società Italiana di Medicina Omeopatica, SIMO, Palermo
- Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata, SIOMI, Milano
- Società Italiana di Psichiatria Olistica, SIPOI, Bologna
- Società Scientifica Italiana di Medicina Ayurvedica Onlus, SSIMA, Milano
- Unione di Medicina Non Convenzionale Veterinaria, UMNCV, Bologna
- World Psychiatric Association, Section on "Ecology, Psychiatry and Mental Health", Imperia

Il Coordinatore
Dott. Paolo Roberti
Via Siepelunga, 36/12 - 40141 Bologna
p.roberti@fastwebnet.it - cell. 3358029638

**MOZIONE DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA
SU MEDICINE E PRATICHE NON CONVENZIONALI**

1. Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha esaminato sulla base di una relazione predisposta da un'apposita Commissione interna, la proposta di legge sulle "medicines e pratiche non convenzionali" nel testo unificato elaborato dalla Commissione XII Affari Sociali della Camera.

2. Il CNB, che ha già approvato un documento intitolato *Scopi, limiti e rischi della medicina* (14 dicembre 2001) al quale si rinvia per alcune più puntuali argomentazioni, sta attualmente esaminando il complesso e grave problema delle "medicines non convenzionali", non può esimersi dal rilevare come la proposta di legge in questione dia per scontati numerosi nodi concettuali particolarmente complessi e di evidente rilievo bioetico e prospetti soluzioni e provvedimenti gravidi di conseguenze nel prossimo futuro.

3. Il CNB rileva che nell'art. 1 della p.d.l. viene affermato un principio quanto mai discutibile qual è quello del "pluralismo scientifico". Se per pluralismo scientifico si intende la contemporanea presenza di più scienze concernenti un medesimo oggetto – ad esempio, la presenza di più chimiche organiche o di più fisiche – il pluralismo scientifico non esiste e non è mai esistito. Una delle caratteristiche fondamentali del sapere scientifico è la sua costante tendenza all'unificazione delle sue varie parti e a dare una visione unitaria della realtà. Alla luce di queste considerazioni epistemologiche non si vede quindi in che modo il pluralismo scientifico possa costituire un fattore essenziale per il progresso della scienza e dell'arte medica.

4. Il CNB sottolinea come nella p.d.l. si confonda il pluralismo scientifico o con il pluralismo delle "visioni del mondo" (il quale costituisce certamente un fattore di avanzamento culturale e sociale), o con la presenza, nell'ambito di una medesima scienza, di una pluralità di teorie che mirano tutte a risolvere un certo ordine di problemi.

5. Il CNB rileva che se l'autonomia del paziente nella scelta terapeutica rappresenta certamente un valore fondamentale universalmente riconosciuto dalla bioetica, e se la libertà della ricerca scientifica va in ogni caso salvaguardata, la libertà di cura tuttavia non può prescindere dalle conoscenze scientifiche acquisite e convalidate, senza le quali non è possibile tutelare adeguatamente la salute del paziente garantendone l'informazione ai fini del consenso.

6. Il CNB è preoccupato della proposta di istituire **a)** insegnamenti accademici e corsi di formazione nelle Università statali e non statali di "medicines e pratiche non convenzionali", **b)** di inserire la materie di insegnamento relative alle medicines e alle pratiche non convenzionali, nei corsi di laurea di Medicina, di Odontoiatria, di Farmacia, di Medicina Veterinaria, di Scienze Biologiche e di Chimica, **c)** di accreditare come società e associazioni "scientifiche" le società e le associazioni di riferimento delle professioni sanitarie non convenzionali, **d)** di modificare la composizione del Consiglio Superiore di Sanità inserendo, fra i suoi componenti sei rappresentanti delle medicines e pratiche non convenzionali.

7. Infine il CNB ritiene del tutto ingiustificata l'istituzione della qualifica di "esperto" per gli indirizzi previsti nell'art. 6 della p.d.l. e l'istituzione prevista dall'art. 21 di professioni sanitarie non convenzionali.

8. La presente mozione è stata approvata con l'astensione della prof.ssa Luisella Battaglia, del prof. Silvio Ferrari (che dichiara di astenersi perché ritiene che la mozione non ponga sufficientemente in luce l'opportunità di approfondire, attraverso adeguate ricerche, la conoscenza della medicina e delle pratiche non convenzionali).

Il prof. Bruno Silvestrini sottoscrive il documento per quanto riguarda il richiamo al rispetto delle norme indispensabili per garantire la sicurezza e l'efficacia delle cure mediche, oltre che per tutelare i diritti elementari del malato. Si dissocia invece dal documento nei limiti e nel caso in cui suonasse come condanna delle medicine non convenzionali, rilevando che esse appartengono a una solida tradizione culturale e medica e racchiudono, come si legge in un autorevole editoriale, "molte terapie promettenti, meritevoli d'essere studiate in maniera appropriata").

LE MEDICINE ALTERNATIVE

**Un documento SIMI
a cura della Commissione per le medicine alternative della Società**

La Società Italiana di Medicina Interna, Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale (ONLUS), nell'ambito delle attività istituzionali previste dall'articolo 2 dello Statuto, ha ritenuto di dover esprimere la propria posizione sul problema delle cosiddette "Medicine Alternative". Il Consiglio Direttivo ha nominato pertanto al suo interno una Commissione di studio della quale hanno fatto parte i Colleghi: Alberto Angeli, Giovanni Federspil, Giuseppe Guarini, Rosario Proto e Pietro Serra. Dopo aver estesamente esaminato gli aspetti storici, medico-sociali, etici e scientifici di tale problema, la Commissione ha elaborato un documento che è stato discusso, emendato ed integrato dal Consiglio Direttivo, e quindi approvato all'unanimità nella seduta del 26 febbraio 2000. Il documento che viene qui di seguito pubblicato esprime quindi la posizione ufficiale della SIMI sulle "Medicine Alternative" e, oltre al proprio tessuto associativo, viene inviato per doverosa conoscenza al Ministro della Sanità, al Presidente della FNOMCeO, agli Assessori Regionali alla Sanità ed ai Presidenti delle principali Società scientifiche di area medica.

Saremo lieti di ospitare sui prossimi numeri del Bollettino eventuali commenti o critiche al documento.

**Il Presidente
Franco Dammacco**

Le medicine alternative

Negli ultimi decenni si è assistito ad una rilevante diffusione in tutti i paesi europei e negli Stati Uniti di numerose dottrine e pratiche mediche che differiscono fortemente o addirittura si contrappongono alla medicina scientifica comunemente insegnata nei corsi universitari e praticata nelle corsie degli ospedali dei paesi di civiltà occidentale.

Queste prassi mediche sono estremamente numerose e non possiedono alcun elemento unificante al di fuori della loro diversità dalla medicina scientifica. Per tale ragione, esse vengono solitamente chiamate "Medicine Alternative". In qualche occasione, tuttavia, esse sono anche definite con nomi diversi: "Altra Medicina", "Medicine dolci", "Medicine naturali", "Medicine complementari", "Medicine non-convenzionali".

La medicina comunemente insegnata oggi nelle Università e praticata negli Ospedali del nostro Paese si identifica con la medicina scientifica. Essa si è originata nel mondo greco-romano, facendo propri, con l'opera di Ippocrate e di Galeno, i principi della razionalità ellenica.

Nel XVII secolo, con l'avvento del metodo scientifico, la medicina ha iniziato ad adottare i concetti e i procedimenti propri delle altre scienze naturali ed ha così cominciato a costituirsi come una scienza empirica. Questo processo ha portato all'origine della nosografia, alla fondazione dell'anatomia patologica, alla nascita della microbiologia e all'istituirsi della fisiologia e della biochimica come scienze basilari di tutta la pratica medica.

A partire dalla seconda metà del secolo scorso la medicina sperimentale ha integralmente adottato la metodologia scientifica, cosicché essa si è definitivamente costituita come una scienza empirica matura. Oggi sono sotto gli occhi di tutti i progressi conoscitivi e i vantaggi pratici che tali processi hanno consentito nella terapia delle infermità umane.

Le varie "Medicine Alternative" che vengono praticate nel nostro Paese hanno la natura più diversa: alcune rappresentano soltanto pratiche empiriche, come la fitoterapia o la chiropratica; altre, come l'omeopatia, sono residui di epoche mediche passate; altre ancora, come l'agopuntura cinese o la medicina ayurvedica, sono costituite da dottrine appartenenti a forme di pensiero molto lontane da quello razionale occidentale.

Infine, alcune di esse, come la pranoterapia, rappresentano forme di medicina molto vicine alla

La diffusione delle medicine alternative è certamente molto grande, ma nel nostro come in altri Paesi è praticamente impossibile avere dati ufficiali attendibili sul numero dei pazienti che si rivolgono a queste pratiche e sul numero di medici che, occasionalmente o sistematicamente, le usano nella loro attività quotidiana. Una recentissima ma numericamente limitata indagine sociologica, condotta in una città di media grandezza, ha mostrato che i pazienti si rivolgono, nell'ordine, all'omeopatia, all'agopuntura, alla kinesiologia, alla pranoterapia e al massaggio shiatzu. Quanto ai sanitari, sembra che i medici di base siano la figura professionale più proclive ad impiegare, insieme con la medicina scientifica, anche le pratiche alternative. Secondo un'indagine recentissima della Doxa, sarebbero circa 5 milioni gli Italiani che ricorrono abitualmente ai preparati omeopatici. È poi da credere che queste valutazioni siano sottostimate e che il fenomeno delle pratiche alternative sia in fase di crescita.

In questa situazione, è degno di notevole attenzione il fatto che alcuni Ordini dei Medici abbiano assunto un atteggiamento di tolleranza o addirittura di sostanziale accettazione della medicina alternativa, rinunciando a porre una distinzione fra chi utilizza le pratiche più esoteriche o quelle più empiriche e chi impiega invece la medicina scientifica. A riprova di questo mutato clima generale sta il fatto che l'attuale Commissione per le pratiche alternative della FNOMCeO, modificando l'atteggiamento rigoroso tenuto dalle precedenti Commissioni, ha recentemente scritto che *"dobbiamo prendere atto realisticamente che stiamo uscendo da una fase di primato indiscusso delle medicine convenzionali, ad una fase nella quale è inevitabile il confronto con un inestimabile ed eterogeneo numero di pratiche (extrascientifiche) non convenzionali"*.

La Società Italiana di Medicina Interna è consapevole che il fenomeno della diffusione delle medicine alternative ha cause diverse, che vanno da un reale deterioramento del rapporto medico-paziente, alla plethora medica, fino ai mutamenti culturali ostili alla scienza moderna che si sono verificati nella nostra società negli ultimi anni.

La Società Italiana di Medicina Interna è fortemente preoccupata di questo clima culturale. Essa intende ribadire che le dottrine e le pratiche diagnostico-terapeutiche che sono solitamente raccolte sotto l'espressione "Medicine Alternative", al di là di ogni considerazione sui loro fondamenti scientifici, ignorano di fatto le conoscenze più consolidate delle scienze biomediche: dall'anatomia e dalla microbiologia fino alla farmacologia e alla fisiopatologia.

In conseguenza di ciò, esse appaiono prive di ogni fondamento razionale e possono, nei casi meno gravi, qualificarsi, al massimo, come pratiche empiriche.

Infine, sul piano metodologico le medicine alternative appaiono gravate da una serie numerosissima di vizi fondamentali. Sul piano della registrazione delle osservazioni, esse riportano molto spesso i propri risultati in forma non quantitativa e sono prive di un'adeguata analisi statistica.

Le loro affermazioni teoriche, poi, spesso non appaiono adeguatamente supportate dall'evidenza sperimentale o addirittura evitano di sottoporsi a controlli rigorosi. Esse impiegano, infine, concetti fumosi e fantastici, come la "forza vitale", "l'energia universale", la "diatesi psorica" o il "prana", che non hanno alcun legame preciso con la realtà empirica e che pertanto non possono entrare a far parte del discorso scientifico. Per tutte queste ragioni, le varie medicine alternative che vengono praticate nel nostro Paese appartengono al regno della proto- o della pseudo-scienza, piuttosto che a quello della scienza autentica. Gli effetti clinici, spesso vantati dai vari cultori, non sono stati documentati in modo rigoroso ed oggettivo ed appaiono in massima parte attribuibili all'effetto placebo.

La Società Italiana di Medicina Interna, che da più di un secolo ha sempre promosso lo sviluppo della medicina scientifica nel nostro Paese, ritiene essenziale sensibilizzare il mondo medico e le Autorità competenti alla pericolosa situazione che si sta verificando. Tale situazione, infatti, da un lato minaccia la cultura medico-scientifica e dall'altro mette in pericolo l'interesse tutelato dall'art. 32 della Costituzione, la salute dei cittadini.

Questi ultimi, infatti, spesso privi di una preparazione adeguata e di una informazione corretta, si trovano esposti alle più varie "offerte" mediche e possono ritardare o addirittura evitare di sottoporsi agli accertamenti diagnostici e/o ai provvedimenti terapeutici scientifici necessari, compromettendo così la propria possibilità di guarigione.

La Società Italiana di Medicina Interna afferma con vigore che le prassi diagnostico-terapeutiche alternative non devono venire applicate alla medicina quotidiana senza prima essere sottoposte a studi metodologicamente corretti e rigorosi, che possano mettere in luce e documentare gli effetti positivi eventualmente presenti nelle diverse pratiche empiriche.

Documento della Società Italiana di Patologia

La medicina si è costituita come scienza naturale nel giro di circa due secoli dall'inizio del XVII secolo (sotto l'influenza culturale di Galileo Galilei, cruciale per la nascita della scienza moderna) al periodo delle grandi e basilari acquisizioni con la Teoria della "Patologia Cellulare" di Rudolf Virchow (1858), con la Teoria di Pasteur sulla genesi microbica delle malattie infettive (1865) e infine con la fondamentale "Introduction à l'étude de la Médecine Expérimentale" di Claude Bernard (1865). I paradigmi teorici e clinici sui quali la medicina moderna si fonda sono oggi in massima parte condivisi da tutta la comunità medico-scientifica internazionale e appaiono ben consolidati perché basati sulla "conoscenza oggettiva"; cioè sui principi fondamentali della "verificabilità" e "riproducibilità" dell'osservazione. Questa dunque deve essere sostenuta dal massimo numero di controlli possibile.

Negli ultimi tempi, accanto alla prassi clinica che si fonda appunto su basi scientifiche universalmente accettate, si è fatta strada con sempre maggiore forza una prassi medica che "non" fonda le sue indagini, i suoi giudizi diagnostici, i suoi provvedimenti terapeutici sul sapere scientifico comunemente riconosciuto. Si tratta di molteplici pratiche diagnostico-terapeutiche o spesso soltanto terapeutiche che sono unificate soltanto dal fatto che "non" riconoscono di fatto le conoscenze scientifiche universalmente accettate ed in alcuni casi rifiutano la metodologia della scienza attuale. Tali pratiche vengono chiamate col termine generale di "Medicina Complementare e Alternativa", e vengono praticate in larghissima scala in virtù della loro popolarità piuttosto che per la prioritaria dimostrazione di sicurezza ed efficacia che è invece richiesta per i trattamenti convenzionali.

Queste terapie alternative possono essere raggruppate in cinque categorie:

- 1) Terapie biologiche che si basano sull'uso di prodotti botanici, vitamine, minerali ed altri micronutrienti. Per alcuni di questi prodotti si stanno organizzando studi multicentrici: *Ginkgo biloba* per la prevenzione del morbo di Alzheimer, l'Erba di St. John per la prevenzione della depressione, *Pygeum africanum* per l'ipertrofia benigna della prostata, *Echinacea purpurea* per le riniti virali ed infine estratti di *Artemisia (artemisine)* per la malaria. Diciamo subito che questi ultimi appaiono davvero efficaci perché uccidono il parassita più rapidamente di quanto non facciano le terapie convenzionali basate sui chinonici.
- 2) Terapie manipolative che comprendono manipolazioni chiropratiche o osteopatiche e vari tipi di massaggi.
- 3) Tecniche basate sul rapporto corpo-mente, rapporto mediato fisicamente attraverso le vie neurali e chimicamente attraverso il sistema endocrino ed altri sistemi di mediatori. Le funzioni corporee sarebbero influenzate dalle emozioni che provocano i sintomi, e poiché l'umana esperienza è dominata dalla superstizione, pratiche rituali e religiose, interventi psichici come la meditazione e la preghiera sarebbero fondamentali per alleviare le sofferenze fisiche e mentali.

4) Terapie basate su sistemi energetici come il magnetismo o altre energie putative. Si tratta di terapie tradizionali asiatiche come il *Qi-gong*, l'agopuntura, ecc. Per quanto riguarda quest'ultima, sono stati effettuati trials clinici randomizzati ed i risultati di queste ricerche – pur non essendo riusciti a stabilire le basi per i bunti o meridiani tradizionali – hanno tuttavia dimostrato che la puntura di nervi di piccolo diametro avrebbe effetti fisiologici nello stimolare il sistema nervoso centrale, come sembrano avvalorare studi con la risonanza magnetica e la *positron emission tomography*. Tale stimolazione indurrebbe il rilascio di oppioidi endogeni.

5) Sistemi alternativi che non poggiano su alcun elemento della medicina convenzionale. Essi comprendono alcune pratiche di medicina tradizionale cinese, la *Ayurveda* dell'India e la più recente medicina omeopatica, basata sulla somministrazione di quantità infinitesimali di un agente che, in più alte concentrazioni, produrrebbe in soggetti normali sintomi di quella stessa malattia. Quest'ultima pratica deve probabilmente la sua fortuna al fatto che assomiglia, per certi versi, a trattamenti di medicina convenzionale come la vaccinoterapia e la desensibilizzazione agli allergeni. Tuttavia gli agenti usati sono alcune volte diluiti al punto tale da essere notevolmente al di là del numero di Avogadro di molecole in una mole (cioè diluiti al punto tale che nella diluizione finale che si somministra non c'è neppure una molecola dell'agente).

Se tutte queste Medicine Complementari ed Alternative vogliono ottenere un riconoscimento ufficiale del Comitato Etico Nazionale, esse devono ottemperare agli stessi requisiti etici richiesti per tutte le ricerche cliniche e per tutti i trials clinici randomizzati e con controllo placebo, almeno quando questo è fattibile e giustificabile eticamente. Alcuni fautori dei trattamenti complementari ed alternativi obiettano che alcuni trials *placebo-controlled* influenzano la valutazione di questi trattamenti; in modo particolare si sostiene che le tecniche scientifiche dei protocolli di trattamento, randomizzazione, di doppio cieco ed uso di controlli placebo distorcerebbero l' "ambiente olistico" proprio delle medicine alternative, le quali invece valorizzano la personalizzazione e l'individualizzazione del trattamento. La metodologia "riduzionistica" astrarrebbe questi trattamenti dal *milieu* terapeutico, che è invece parte integrante dei trattamenti alternativi medesimi. Tuttavia, se questo può essere vero per alcuni trattamenti come la chiropratica o altre terapie ficihe, non è certamente applicabile alla maggior parte dei trattamenti alternativi. Per esempio, trattamenti con erbe medicinali che si ottengono in libera vendita nei drug stores senza bisogno di consultazione, non possono generare riserve sul fatto che i trials clinici randomizzati possano distorcere il mezzo-ambiente proprio dei trattamenti alternativi.

Ci si chiede infine come si possa pretendere di avere un'approvazione dal Comitato Bioetico Nazionale per prodotti sui quali non è mai riportata un'indicazione terapeutica specifica, o questa è in alcuni casi estremamente vaga.

Conferenza Presidi Fac. Medicina e Chirurgia – Mozione del 9.6.2004

"La Conferenza permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia dopo aver preso visione della Mozione espressa il 15.05.2004 dal Comitato Nazionale di Bioetica in tema di Medicine e pratiche non convenzionali esprime la propria più viva preoccupazione per la proposta di legge sulle "Medicine e pratiche non convenzionali" elaborata dalla Commissione XII Affari Sociali della Camera.

La Conferenza permanente dei Presidi sottolinea come l'insegnamento della medicina nelle Facoltà universitarie debba essere ispirato alle più rigorose ed aggiornate conoscenze scientifiche; ritiene pertanto che non si debba ammettere alcun insegnamento a carattere professionalizzante che non sia basato sulle conoscenze acquisite applicando i canoni universalmente riconosciuti del metodo scientifico e della medicina fondata su prove di efficacia.

La CPP ritiene perciò che le medicine alternative debbano essere esposte agli studenti in ambito storico-culturale ed epistemologico con adeguato spirito critico, nell'ambito di discipline già riconosciute (Storia della medicina, patologia generale); atti medici e problematiche che attengano alcune di queste pratiche e che siano state validate a livello internazionale o che abbiano interesse per la ricerca (agopuntura, riflessologia, chiropratica, fitoterapia ed erboristeria) possano essere oggetto d'insegnamento e valutazione critica quali pratiche empiriche all'interno dei Corsi integrati di Anestesiologia, Farmacologia, Medicina interna, Riabilitazione. In considerazione di quanto esposto fin qui la CPP auspica che la proposta di legge venga sottoposta ad una attenta revisione e che nella nuova versione non si modifichino la serietà e il rigore che sono obbligati per il nostro Paese dalla stessa Unione Europea (Advisory Committee on Medical Training - Reports and Recommendations on Undergraduate Medical Education - Adopted by the Advisory Committee during its meeting on 27/28 October 1992)"

Riflessioni scaturite dalla Conferenza congiunta dei Presidi e dei Presidenti dei CC.CC.dd.LL. in Medicina e Chirurgia – Alghero, 2 Maggio 2004.

Introduzione

Il campo delle medicine complementari e/o alternative (CAM) si sta imponendo con forza all'attenzione non solo della comunità scientifica, accademica e medico-sanitaria, ma anche di tutto il paese.

Quando si parla di 'medicine complementari' o alternative, bisogna però distinguere tra vari piani sui quali la discussione può avvenire. In questo momento la discussione che si svolge attorno a questo tema non sempre distingue i diversi piani:

- (i) il piano dei fruitori (o degli utilizzatori).
- (ii) il piano della scientificità o piano dell'evidenza.
- (iii) il piano degli applicatori (o di chi le pratica).
- (iv) il piano del loro ruolo/della loro rilevanza nella formazione del personale sanitario.
- (v) il piano della loro rilevanza normativo-legale, in quanto fissata da leggi o regolamenti.
- (vi) il piano della loro formazione: devono essere oggetto di specifico insegnamento? chi deve insegnarle? e, all'interno di questo quesito, in relazione alle prove di efficacia oggi disponibili, quali debbono essere previste con specifici percorsi formativi, e quali invece devono rappresentare solamente elementi di conoscenza?
- (vii) il piano della loro rilevanza bioetica.

La diffusione di queste forme terapeutiche

Qualsiasi considerazione non può prescindere dall'elemento metodologico, rappresentato dalla necessità della presenza di una dimostrata efficacia per qualsiasi terapia, ma anche dalla considerazione delle dimensioni della diffusione di queste forme terapeutiche. Alcune di queste procedure, tecniche, trattamenti ed approcci alla salute, hanno profonde radici nella tradizione e nella cultura di alcune aree geografiche, con ampia diffusione in molti paesi, dove rappresentano il principale approccio terapeutico o presunto tale. Nel nostro Paese alla fine degli anni '90 alcune rilevazioni segnalavano come circa 9 milioni di italiani facessero ricorso, anche solo occasionalmente, a queste medicine, di cui almeno la metà alla sola omeopatia ed alcune statistiche rilevano che il 25% dei medici fa ricorso – anche solo occasionalmente – a vari tipi di medicina alternativa, ed una percentuale stimabile attorno al 40% indirizza i propri pazienti anche a cosiddetti "specialisti" di queste medicine.

Il perché di questa diffusione

Gli elementi sopra descritti sono dati di fatto. Le conseguenze sono ovvie: il problema delle medicine complementari e/o alternative deve essere affrontato in modo critico nei Corsi di Laurea. Un atteggiamento potrebbe essere quello di una sbrigativa condanna, che è tuttavia come tale non coerente con il tradizionale approccio critico delle Facoltà mediche italiane. L'analisi delle motivazioni che portano a fruire delle CAM indica che queste vengono utilizzate con lo scopo di soddisfare domande non considerate o rimaste senza risposta soddisfacente dall'*ortodossia*. In effetti, considerando le più frequenti risposte fornite in varie inchieste dai pazienti che ricorrono alle CAM, emerge come i concetti di benessere, di natura/naturale, di sicurezza, di "gentilezza" o "dolcezza" di azione dei trattamenti, di un approccio globale alla persona più che alla malattia o al singolo disturbo od organo, siano vissuti come fattori positivi e di "pregio" delle CAM. Inoltre non di rado chi si rivolge alle CAM ha visto deluse varie aspettative dalla medicina ufficiale, ha percepito un difetto di comunicazione e del "prendersi cura" da parte del medico, ha percepito una scarsa personalizzazione del rapporto e del trattamento.

Da queste premesse emerge la domanda: nelle Facoltà Mediche, quanto è lo spazio dedicato nel curriculum alla formazione degli studenti nei confronti delle "malattie" e quanto invece (ed anche) alla medicina della persona? Vi è poi quasi sicuramente una percezione non del tutto positiva, da parte dei pazienti e non solo, della cosiddetta "medicina ufficiale". Questa medicina, che dovrebbe essere quanto più possibile basata sulle evidenze, viene a volte percepita lontana dai valori individuali, contrapponendosi quindi ad un'altra medicina, sicuramente meno scientifica o non scientifica, ma ritenuta più umana. Una contrapposizione scaturisce certamente da una interpretazione errata del concetto di Medicina Basata sulle Evidenze. Quest'ultima infatti non è una medicina "fredda", "dura" (nel senso di 'hard facts'), asettica, lontana dai bisogni individuali. In realtà nella prassi clinica quotidiana la Medicina Basata sulle Evidenze implica un approccio che integra in modo razionale e responsabile almeno tre elementi: le migliori evidenze scientifiche, l'esperienza clinica individuale ed infine i valori, e di conseguenza le preferenze e le scelte del paziente, a tutela dei suoi valori e dei suoi diritti. Essa quindi riconosce che la cura della salute è individualizzata, come medicina della persona, pur nell'ambito delle evidenze scientifiche, e che coinvolge fatti, decisioni, ma anche incertezze e probabilità. Né l'evidenza scientifica né l'esperienza individuale da sole sono sufficienti a spiegare risposte individuali talvolta differenziate, essendo al momento solo pochi i casi di terapie molecolari individualizzate..

I contesti formativi

L'obiettivo stabilito dall'Unione Europea per la formazione medica (ad hoc Committee Brussel, 1994) ha centrato la formazione sulla necessità di apprendimento dello studente finalizzato alla assunzione personale di criteri scientifici e di una metodologia rivolta ad identificare, formulare e risolvere problemi clinici in una logica multidisciplinare. Assume grande rilievo la previsione curriculare di un'area di apprendimento dedicata alle Scienze Umane (Area F. Psychology, Medical Sociology, History of Medicine and Epistemology, Medical Ethics). E altrettanto importante è l'area della Metodologia Clinica. Sulla base di queste considerazioni i curricula formativi dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia comprendono quasi ovunque corsi integrati di Scienze umane e metodologia clinica, sostanzialmente coincidenti con l'area F comunitaria. In questo ambito sono analizzate criticamente sotto il profilo epistemologico le CAM, distinguendo tra quelle per cui esistono almeno in parte prove di efficacia (essenzialmente l'agopuntura, la fitoterapia e la chiropratica) e quelle che vanno collocate nell'ambito della non dimostrata efficacia o più direttamente in ambito non medico (filosofico, stile di vita, etc.). Va rilevato che alcune di queste forme terapeutiche possono distogliere da terapie di provata efficacia o indurre anche danni per il malato, se utilizzate in alternativa a procedure di dimostrata efficacia.

Per le prime (medicines complementari con prove di efficacia) si pone il problema della appropriatezza (da insegnare e valutare oltre che in ambito internistico, nello specifico settore specialistico per una appropriata collocazione nell'ambito delle prassi cliniche correnti: agopuntura nel corso integrato (c.i.) di anesthesiologia: se e quando servirsi; fitoterapia nel c.i. di farmacologia: standardizzazione preparazioni, loro utilità in relazione a specifiche patologie, etc.; chiropratica nei c.i. di ortopedia e di medicina fisica e riabilitazione: se e quando servirsi).

Per le seconde (pratiche filosofiche o di benessere) rimane il diritto del paziente a seguire dottrine filosofiche o particolari stili di vita, che gli offrono elementi di miglioramento della sua percezione della qualità della vita, ma deve essere chiaramente indicata la natura non basata su elementi scientifici di queste pratiche, che in larga misura non possono nemmeno essere definite mediche. Queste pratiche essenzialmente "filosofiche" o di stile di vita debbono essere fatte conoscere e valutate criticamente sotto il profilo epistemologico dallo storico della medicina-epistemologo-bioeticista, ma non insegnate come parte del sapere medico scientifico ed operativo. Incorre infatti e comunque l'obbligo anche a queste cosiddette medicine di fornire prove di efficacia, e ai medici che le praticano di fondare la propria azione sia sulla dimostrata efficacia (epidemiologica o causale) che sull'esperienza clinica individuale: il rifuggire da questi criteri sotto l'egida di un preteso "pluralismo del metodo scientifico" è fuorviante sotto il profilo professionale e certamente errato ed ingannevole riguardo ai diritti primari dei malati (essere messi in grado di usufruire di metodi e cure efficaci).

Già in precedenza la Conferenza nazionale dei Presidi e dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ha approvato un documento (Ancona, 2003) nel quale ha invitato le Facoltà ad inserire gli insegnamenti delle cosiddette medicine alternative per le parti di provata efficacia all'interno dei sopra detti corsi integrati, analizzando anche le altre sotto il profilo epistemologico all'interno del Corso integrato di Scienze umane e metodologia clinica.

Questa Conferenza nazionale congiunta (Alghero, 2004) ribadisce ed approfondisce quanto approvato in passato sul piano del curriculum formativo in campo sanitario,

a) invitando le Facoltà ad inserire gli insegnamenti delle cosiddette medicine alternative per quanto di provata efficacia all'interno dei sopra detti corsi integrati (*ad es. Anestesia e Rianimazione per la Agopuntura, Medicina Fisica e Riabilitativa per la Chiropratica, Farmacologia e Tossicologia per la Fitoterapia*),

b) analizzando anche le altre discipline e/o pratiche, la cui efficacia sia ancora da dimostrare o che rientrino nel campo più propriamente filosofico o degli stili di vita, sotto il profilo epistemologico all'interno del Corso o dei Corsi integrati correlati alle Scienze umane e alla Metodologia clinica, e facendo conoscere ed analizzare criticamente anche pratiche non definibili come utili, ma comunque utilizzate,

c) consacrando il dovuto spazio formativo non solo alle "malattie", ma (anche) alla medicina della persona, atteso che non è con i difetti di applicazione della medicina fondata sulle evidenze (ad es. scarsa attenzione al malato) che diviene scientifica o utile per il malato una medicina inefficace ancorché attenta al malato; la lezione che occorre trarre comunque dalla popolarità delle CAM è il rapporto "umano" con il malato, malato che una certa concezione della medicina d'oggi tende a fortemente sottovalutare.

*) Riflessioni scaturite dalla Conferenza congiunta dei Presidi e dei Presidenti dei CC.CC.dd.LL. in Medicina e Chirurgia. Alghero, 2 maggio 2004. Contributi particolari di Alessandro Lechi e di Italo Vantini, di Gian Franco Gensini, di Antonio Conti e di Luigi Frati.

Adesione della Società Italiana di Patologia alla Federazione Italiana delle Scienze della Vita (F.I.S.V.)

Mario Comporti

Gia negli ultimi mesi del 2003 ero stato contattato dal Prof. Amati, del Dipartimento di Biologia Cellulare ed Ematologia dell'Università La Sapienza di Roma, Presidente della Federazione, per una possibile adesione della Società Italiana di Patologia alla F.I.S.V. Quest'ultima è stata costituita dalle seguenti Società Italiane: Biochimica e Biologia: Molecolare, Fisiologia, Farmacologia, Anatomia ed Istologia, Biologia Sperimentale, Nutrizione Umana, Biofisica, Genetica Umana, Biofisica Pura ed Applicata, Biologia e Genetica Generale ed Unione Zoologica Italiana. La Federazione non ha fini di lucro e i suoi scopi istituzionali consistono in primo luogo: i) nel promuovere e sostenere la ricerca scientifica e le attività didattico-formative e culturali; ii) nel curare la rappresentatività delle Società Federate; iii) nel porsi come interlocutore verso il mondo politico per la ricerca e la formazione.

Nella riunione del Direttivo della F.I.S.V. del 4 dicembre 2003 era stato eletto Presidente il Prof. Jacopo Meldolesi. Mi era sembrato opportuno che anche la S.I.P. aderisse alla Federazione, per gli obiettivi assai importanti che essa si prefigge, in modo particolare la sensibilizzazione del mondo politico alla ricerca, la visibilità della ricerca scientifica italiana verso l'esterno, il controllo della qualità delle comunicazioni con i mass media, i rapporti con il settore privato (33 società "biotech" esistenti, di cui due quotate in Borsa). Pertanto, anche perché la nostra Società non rimanesse tagliata fuori, anzi acquistasse maggiore visibilità, dopo rapide consultazioni telefoniche con i Membri del Direttivo avevo inoltrato domanda per l'ammissione della S.I.P. alla F.I.S.V.. Il 17 dicembre 2003 mi era arrivata comunicazione che la nostra Società era stata ammessa (cosa non del tutto scontata, come ho avuto poi occasione di verificare).

Nella riunione del Consiglio Direttivo F.I.S.V. del 5 febbraio 2004 venne stabilito che ogni Società scientifica versasse alla F.I.S.V. una quota annuale di EU 2500,00, per le spese che la Federazione doveva sostenere in vista degli obiettivi che si era data. Venne anche deciso di tenere il prossimo Convegno della F.I.S.V. a Riva del Garda (BS) nei giorni 30 sett. – 3 ott. 2004. Il Convegno veniva organizzato in forma di Simposi e Minisimposi, con largo spazio ai posters ed un pomeriggio intero (sabato 2 ottobre) dedicato alle singole Società (ciascuna Società lo avrebbe organizzato a suo piacimento). Insomma lo schema generale riproponeva quella che è l'organizzazione dei Federation Proceedings negli Stati Uniti. Dopo aver appreso queste decisioni ho parlato personalmente con Meldolesi, per fargli presenti le nostre difficoltà ad onorare la quota (EU 2500) di adesione alla F.I.S.V., in vista delle precarie condizioni del nostro bilancio, ma Meldolesi mi ha fortemente incoraggiato a far restare la S.I.P. nella F.I.S.V., dicendomi fra l'altro che l'esazione della quota di doveva intendere con notevole elasticità (se un anno una Società era in difficoltà, poteva pagare una quota anche minore), e stimolandomi inoltre fortemente a partecipare al Convegno di Riva del Garda. Dovendo organizzare lo spazio riservato alla S.I.P., ho chiesto a Giancarlo Vecchio di tenere una lettura plenaria per la S.I.P., ottenendo subito la sua ampia

disponibilità. Ma dopo non molto tempo mi è arrivata la comunicazione dai colleghi fiorentini che proprio per quella data (2 ottobre 2004) avevano fissata la Giornata di Commemorazione del Prof. Alberto Fonnesu; né la data era spostabile, perché accomodata sugli impegni del Prof. A. Leaf, per lunghi anni amico di Fonnesu, che voleva indubbiamente intervenire. Inoltre gli amici di Firenze volevano un mio intervento in qualità di Presidente della S.I.P.. Ho dovuto allora disdire la partecipazione al Convegno F.I.S.V. di Riva del Garda e la lettura di Vecchio. Il 2 ottobre 2004, dopo la cerimonia commemorativa del Prof. Fonnesu, abbiamo tenuto un Consiglio Direttivo S.I.P. nel quale è stata approvato all'unanimità il versamento della quota associativa F.I.S.V., quota che è stata prontamente pagata dal Segretario-tesoriere Prof. Pompella.

Il giorno 24 novembre 2004, presso l'Ospedale San Raffaele di Milano, io e Pompella abbiamo per la prima volta partecipato ad una riunione del Consiglio Direttivo F.I.S.V., in rappresentanza della Società Italiana di Patologia, ricevendo i saluti di benvenuto del presidente Meldolesi e degli altri membri del Consiglio Direttivo.

Prospettive degli insegnamenti del settore disciplinare della Patologia Generale nelle classi di pertinenza della Facoltà di Farmacia, alla luce del DM del MIUR n.270 del 22/10/2004

Sebastiano Andò

*Ordinario di Patologia Generale – Preside della Facoltà di Farmacia,
Università della Calabria*

La possibilità fornitaci dal notiziario della Società Italiana di Patologia di essere periodicamente aggiornati sulla condizione del nostro settore disciplinare nell'ambito dei percorsi formativi delle classi di laurea della Facoltà di Farmacia, ci dà anche l'occasione estremamente utile di riferire su quanto della direttiva comunitaria 85/432/CEE sia stato implementato nei nostri assetti curriculari, a circa 10 anni dalla sua ritardata adozione. Ciò deve altresì rapportarsi alla rivisitazione oggi in atto delle nostre classi di pertinenza per quanto concerne la distribuzione dei crediti minimali da assegnare alle varie attività formative e agli ambiti disciplinari che essi comprendono sulla base del DM del MIUR n. 270 del 22/10/2004. Questi due momenti anche se temporalmente separati vanno raccordati nel predisporre l'evoluzione dei percorsi formativi in rapporto agli sbocchi professionali che oggi connotano la professione del farmacista in tutti i paesi europei.

Influenza esercitata della direttiva comunitaria 85/432/CEE sugli ordinamenti didattici della Facoltà di Farmacia.

Una lettura attenta e lungimirante della direttiva 85/432 della CEE oltre a definire il campo minimo di attività, prevede anche le possibilità di formazione del farmacista specialista *“le quali senza essere condizione di accesso alle attività comprese nel campo minimo di attività coordinato, possono costituire un presupposto per l'uso di un titolo di specializzazione”*.

Occorre tuttavia menzionare un dato di comune *“patimento”* per tutte le sedi di Facoltà rappresentato dalla ritardata adozione di tale direttiva nell'ambito del nostro ordinamento didattico (quasi dieci anni) che con sgomento ci ha fatto subire un provvedimento sanzinatorio da parte degli organismi competenti (Corte di giustizia europea) per la non conformità alla normativa comunitaria della formazione dei farmacisti nel nostro paese dall'A.A. 1987/88 all'A.A. 1993/94. Ciò porta con ritardo anche a considerare il coordinamento della formazione post-laurea, evidenziando che negli stati membri si sono già sviluppate *“formazioni complementari relative a taluni settori della farmacia dirette ad approfondire talune conoscenze acquisite durante la formazione del farmacista”*; così recita la direttiva del Consiglio Europeo pubblicata sulla gazzetta delle comunità europee n. 1.253/34 del 24/9/1985. Tale parte della direttiva implica pertanto la possibilità conseguente di consentire specificazioni di indirizzi presso le varie Facoltà. Ci interessa sottolineare a supporto dell'importanza del settore disciplinare che rappresentiamo la parte introduttiva della direttiva che specifica

quanto segue: “*definendo questo campo la presente direttiva da un lato non ha per effetto di limitare le attività accessibili ai farmacisti negli stati membri in particolare per quanto concerne le analisi di biologia medica e dall’altro non crea a vantaggio dei titolari dei suddetti diplomi alcun monopolio poichè l’instaurazione di quest’ultimo continua ad essere di competenza esclusiva degli stati membri.*” La fine di tale premessa specifica come il coordinamento della condizione di formazione del farmacista specialista, anche se “*non sembra per il momento realizzabile*” costituisce insieme al riconoscimento reciproco un obiettivo da raggiungere al più presto. In tale senso la Scuola di Specializzazione in Patologia Clinica avviata dalla nostra Facoltà già in accordo alle direttive comunitarie nell’A.A. 1996/97, già pervenuta a regime del suo primo ciclo formativo, rientra in pieno nello spirito anticipatorio della direttiva comunitaria 85/432/CEE per quanto concerne la formazione post-laurea del farmacista. I laureati farmacisti che hanno conseguito la specializzazione in Patologia Clinica presso la nostra Università, oggi hanno la possibilità anche all’interno delle farmacie di comunità di essere utili consulenti nei confronti dell’utenza anche sul versante laboratoristico, chimico-clinico in rapporto soprattutto al monitoraggio di trattamenti terapeutici polifarmacologici in pazienti a rischio. Un esempio quest’ultimo di prestazioni che valorizzano le potenzialità professionali aggiuntive del farmacista e che contribuiscono a fare transitare il modello di farmacia tradizionale verso il modello di farmacia dei servizi più aderente alla sua funzione di presidio sanitario nel territorio.

Rivisitazione dell’assetto curricolare dei corsi di laurea in Farmacia con le relative classi di pertinenza, sulla base del DM del MIUR n.270 del 22/10/2004.

Sulla base del DM del MIUR n. 270 del 22/10/2004, la rivisitazione dei nostri curricula in sede di tavoli tecnici ministeriali prevede la recente proposta di un vincolo minimale di crediti pari allo stato attuale al 66,6 % su un totale di 300 crediti delle lauree specialistiche, distribuito esclusivamente tra due tipologie di attività formative: quelle di base e quelle caratterizzanti con previsione anche di uno score di crediti assegnati per ambiti disciplinari. Specificatamente l’ultima proposta avanzata nei tavoli tecnici prevede 66 crediti minimali per le attività di base di cui 12 per i settori delle scienze matematiche, fisiche, informatiche e statistiche, 16 per il settore delle scienze biologiche, 28 per il settore delle scienze chimiche, 10 per il settore delle scienze mediche. Per quelle caratterizzanti si prevedono 117 crediti di cui 72 per settori chimico, chimico-farmaceutico e tecnologico-farmaceutico, 45 crediti per il settore biologico e farmacologico. Più recentemente si è proposto per quest’ultimo il vincolo numerico complessivo senza specificare a suo tempo quanti di questi vanno ai settori chimico-farmaceutico e farmaceutico-tecnologico e quanti al settore biologico e farmacologico. Inoltre a ciò si aggiunge uno score minimale di crediti pari a 15 da assegnare al lavoro finale di tesi. Un primo rilievo di contesto è che il valore pari al 66% di crediti minimali sia eccessivo per una facoltà come la nostra nella quale coesistono due corsi di laurea a ciclo unico della stessa classe a differenza delle altre facoltà di area sanitaria (vedi Medicina e Chirurgia e Medicina Veterinaria). Ciò infatti non consente una differenziazione dei due corsi di laurea in Farmacia e CTF con specificazione di indirizzi commisurati alle diverse destinazioni professionali dei due percorsi formativi e che possono meglio valorizzare le caratteristiche peculiari delle varie sedi.

Inoltre quello che si rileva come risibile allo stato attuale è che lo score di crediti minimali attribuito all'area medica che rientrerebbe nelle attività di base è di appena 10 crediti comprensivo di tutti i settori previsti e potenzialmente attivabili (MED/04, MED/07, MED/13, MED/42, MED/49, etc.). Si ritiene che la componente culturale dell'area medica e sanitaria che per le ragioni summenzionate è stata l'ultima ad essere implementata nell'ordinamento curriculare del farmacista italiano, debba garantire quella formazione equilibrata interdisciplinare che oggi consente al farmacista una piena spendibilità professionale nella moderna realtà sanitaria. Tale dato è stato recepito seppur con gradualità e in certi casi con difficoltà dal nostro sistema formativo. Il confronto con l'ultima rilevazione dei crediti, assegnati al nostro settore scientifico-disciplinare, nei corsi di laurea e lauree specialistiche nell'A.A. 2002/2003 (*Tabella 1 e 2*), fa persistere il rammarico della continuata assenza o quasi di crediti nel corso di laurea in CFT in alcune sedi. Si ritiene che quest'ultima carenza oltre che non essere in linea con le direttive comunitarie, introduce un gap culturale nel curriculum degli studenti proprio perché il corso di laurea in CTF si rivolge ad una figura professionale che può operare nel settore industriale, nel settore dell'innovazione sul farmaco e che pertanto richiede delle conoscenze di base di patologia cellulare e molecolare in relazione ai vari target biologici di sperimentazione dei farmaci. In contrasto si registra un modico incremento di crediti nel corso di laurea specialistica in Farmacia per alcune sedi che diventa significativo per il Corso di Laurea in Informazione Scientifica sul Farmaco. Ciò in linea con la considerazione di come l'evoluzione dello scenario professionale del farmacista si affida soprattutto alla componente comunicazionale della sua professione che attraverso un corretto accesso alle fonti informative sul farmaco ne orienta un suo uso corretto e appropriato. La percezione responsabile e dinamica di tale scenario professionale può affrancarci dall'assillo di riferimenti statici preesistenti proprio perché score curriculari sedimentati dagli inizi degli anni 90, non possono essere automaticamente traslati nel momento attuale in cui si dovrà prevedere un'inevitabile evoluzione dei nostri percorsi formativi. Inoltre è opportuno rilevare che la ritardata adozione già menzionata della direttiva 85/432/CEE, se non ci consente ancora oggi il coordinamento della formazione post-laurea del farmacista, certamente introduce la specificazione di indirizzi curriculari che possono valorizzare al meglio il patrimonio tecnico, scientifico e culturale delle varie sedi. Appare chiaro che il nostro ruolo di formatori debba consentire col nucleo formativo commisurato agli obiettivi professionali e indicati dalla declaratoria della classe, percorsi che definiscono competenze professionali, il cui riconoscimento dia al farmacista del nostro paese opportunità professionali pari a quelle dei colleghi degli altri paesi della comunità europea. E' impressione pertanto che la stessa matrice culturale che ha determinato la ritardata adozione della direttiva comunitaria tenda a ancora oggi a dare rigidità all'ordinamento curriculare così come si evince dalla metodologia di assegnazione del numero di crediti vincolati per attività di base e caratterizzanti distribuiti per ambiti disciplinari già definiti. In altre parole è auspicabile che l'occasione di riconsiderare il peso del nostro settore disciplinare nell'attuale ordinamento curriculare diventi naturale riferimento per garantirne duttilità e possibilità di aggiornamento anche in rapporto alle nuove esigenze emergenti dal mondo della professione.

Stress ossidativo e fibrosi epatica

COMPORITI MARIO	Professore Ordinario di Patologia generale
GARDI Concetta	Ricercatore Universitario
SIGNORINI Cinzia	Ricercatore Universitario
AREZZINI Beatrice	Contrattista di Prestazione d'Opera (art. 2222)
SGHERRI Cristiana	Dottoranda di Ricerca
VECCHIO Daniela	Dottoranda di Ricerca
MONACI Barbara	Dottoranda di Ricerca

Oggetto

Studio degli F₂-isoprostani come mediatori della fibrosi epatica. Gli F₂-isoprostani derivano dalla perossidazione dell'acido arachidonico indotta da radicali liberi, sono oggi universalmente considerati come i *markers* più affidabili di stress ossidativo nel plasma ed altri fluidi biologici, e sono anche capaci di elicitare molti importanti effetti biologici.

Metodologie

Determinazione degli F₂-isoprostani per gas-cromatografia spettrometria di massa (tandem effettuata con trappola ionica) (i *kits* ELISA commerciali non danno risultati attendibili). Colture di cellule stellate epatiche (*Ito cells, fat storing cells*) fino alla trasformazione fenotipica a cellule *myofibroblast-like* (evidenziazione della *smooth muscle α-actin*).

Risultati

Siccome esistono vari studi che tendono a correlare la fibrosi epatica con prodotti della perossidazione lipidica, in particolare con prodotti aldeidici, la ricerca è stata intrapresa per valutare la possibilità che lo stimolo iniziale della proliferazione fibroblastica e della iperproduzione di collagene sia rappresentato dagli F₂-isoprostani che, a differenza delle aldeidi, presentano recettori capaci di mettere in moto ben precise vie di trasduzione di segnale.

Nel modello di fibrosi epatica indotta da tetracloruro di carbonio nel ratto, gli F₂-isoprostani plasmatici si mantengono elevati per tutto il periodo sperimentale e sono correlati al contenuto epatico di collagene. Quando le cellule stellate epatiche prelevate dal fegato normale e fatte crescere in coltura vengono trattate con F₂-isoprostani nel *range* delle concentrazioni ritrovate nello studio *in vivo* (10⁻⁹ – 10⁻⁸ M), si osserva un marcatisimo incremento della proliferazione cellulare (incorporazione di ³H-timidina) e della sintesi di collagene (incorporazione di ³H-prolina). Il contenuto di collagene totale è pure fortemente aumentato. Infine il trattamento con F₂-isoprostani di cellule

U937, assunte come modello di macrofagi epatici, aumenta fortemente la sintesi di TGF- β_1 . Esiste dunque la possibilità che gli F₂-isoprostani generati per perossidazione lipidica negli epatociti medino la proliferazione delle HSC e la iperproduzione di collagene, cioè gli eventi più salienti della fibrosi epatica.

Pubblicazioni

Signorini C, Comporti M, Giorgi G: Ion trap tandem mass spectrometric determination of F₂-isoprostanes. *J. Mass Spectrom.* **38**: 1067-74, 2003.

Comporti M, Arezzini B, Signorini C, Sgherri C, Gardi C: F₂-Isoprostanes as possible mediators of CCl₄-induced hepatic fibrosis. **2005** (*in press*).

Stress ossidativo e patologia eritrocitaria

COMPORTI MARIO

CICCOLI Lucia

SIGNORINI Cinzia

ROSSI Viviana

LEONCINI Silvia

Professore Ordinario di Patologia generale

Professore Associato di Patologia generale

Ricercatore Universitario

Assegnista di Ricerca

Dottoranda di Ricerca

Oggetto

Rilascio di ferro, stress ossidativo ed invecchiamento eritrocitario.

Metodologie

Valutazione del rilascio di ferro in forma libera, *redox-cycling* attiva, dall'emoglobina. Determinazione dell' "antigene della senescenza", come *binding* di IgG autologhe a dimeri di banda 3.

Risultati

Il ferro viene rilasciato in una forma "libera", non legata a macromolecole, quando gli eritrociti vanno incontro a stress ossidativo, che può essere indotto o da eventi tossici (sostanze emolitiche) o situazioni fisiologiche (invecchiamento eritrocitario) o stati di ischemia-riperfusion (neonato alla nascita). Il rilascio di ferro in forma redox-attiva induce ossidazione di proteine di membrana e promuove la formazione dell' "antigene della senescenza". L'aumentato rilascio di ferro osservato nella β -talassemia e nei neonati suggerisce che l'emoglobina è più prona a rilasciare ferro che non l'emoglobina adulta. Nei neonati il rilaascio di ferro è correlato con il *plasma non-protein bound iron* (di origine sconosciuta) e può contribuire alla sua comparsa.

Che i neonati alla nascita siano esposti a condizioni di stress ossidativo (passaggio da una bassa presenza di O₂ nell'utero ad una più elevata pressione di O₂ nell'aria) viene anche dimostrato dal fatto che gli F₂-isoprostani plasmatici sono molto più elevati nei neonati rispetto agli adulti, e soprattutto nei neonati pre-termine. Vi è anche una correlazione inversa, altamente significativa, fra isoprostani plasmatici ed età gestazionale. Infine gli F₂-isoprostani totali (somma degli isoprostani liberi più quelli esterificati) sono molto più elevati nelle placente dei parti pre-termine rispetto a quelle dei parti a termine.

Pubblicazioni

Comporti M: Introduction – serial reviews: Iron and cellular redox status. *Free Rad. Biol. Med.* **32**: 565-7, 2002.

Comporti M, Signorini C, Buonocore G, Ciccoli L: Iron release, oxidative stress and erythrocyte ageing. *Free Rad. Biol. Med.* **32**: 568-76, 2002.

Ciccoli L, Rossi V, Leoncini S, Signorini C, Paffetti P, Bracci R, Buonocore G, Comporti M: Iron release in erythrocytes and plasma non-protein bound iron in hypoxic and non-hypoxic newborns. *Free Radic. Res.* **37**: 51-8, 2003.

Ciccoli L, Rossi V, Leoncini S, Signorini C, Blanco-Garcia J, Aldinucci C, Buonocore G, Comporti M: Iron release, superoxide production and binding of autologous IgG to band 3 dimers in newborn and adult erythrocytes exposed to hypoxia and hypoxia-reoxygenation. *Biochim. Biophys. Acta* **1672**: 203-13, 2004.

Comporti M, Signorini C, Leoncini S, Buonocore G, Rossi V, Ciccoli L: Plasma F₂-isoprostanes are elevated in newborns and inversely correlated to gestational age. *Free Rad. Biol. Med.* **37**: 724-32, 2004.

Eventi redox nella transduzione dei segnali

POMPELLA Alfonso

PAOLICCHI Aldo

DE TATA Vincenzo

DOMINICI Silvia

LORENZINI Evelina

CORTI Alessandro

FRANZINI Maria

Professore Ordinario di Patologia generale

Professore Associato di Patologia Generale

Ricercatore Universitario

Funzionario Tecnico

Funzionario Tecnico

Dottorando di Ricerca

Dottoranda di Ricerca

Oggetto

Studio degli effetti modulatori prodotti da variazioni dell'equilibrio redox intra- ed extracellulare sulla struttura e la funzione di elementi molecolari membri delle catene di transduzione dei segnali. Particolare attenzione viene posta sulle fonti cellulari endogene, fisiologiche, di equivalenti ossidanti; fra queste, risalta il ruolo dell'attività

gamma-glutamyltransferase (GGT) della membrana plasmatica, coinvolta in meccanismi di S-tiolazione di proteine cellulari ed extracellulari. I fenomeni in oggetto mediano effetti sulla funzione di recettori e fattori di trascrizione, sul metabolismo cellulare della vitamina C, nonché su alcuni aspetti della aterogenesi.

Metodologie

Modulazione dell'attività GGT in linee cellulari normali e neoplastiche, mediante variazioni della disponibilità dei normali substrati o mediante inibitori competitivi e non-competitivi. Transfezioni transienti / stabili di GGT in linee deficitarie, per mezzo di idonei vettori di espressione modulabili. Analisi delle specie reattive dell'ossigeno prodotte nelle varie condizioni. Caratterizzazione delle alterazioni ossidoriduttive in specifiche proteine (analisi della S-tiolazione, comparsa di funzioni carboniliche, S-nitrosilazione). Valutazione degli effetti funzionali (saggi EMSA; *ligand binding assays*; citometria a flusso; interazioni fra proteine; stato di attivazione di specifici bersagli molecolari).

Risultati

L'espressione di GGT alla superficie cellulare comporta la continua produzione di agenti ossidanti (anione superossido, acqua ossigenata, radicali tioli), che risulta nell'ossidazione/S-tiolazione di proteine cellulari e del microambiente. Nei fenomeni restano coinvolti i fattori di trascrizione Nf- κ B ed AP-1, di cui viene modulata l'attività trascrizionale. Alla superficie della cellula, il recettore TNFR-1 è interessato da fenomeni ossidativi a livello di residui cisteinici, con ripercussioni sull'affinità di legame del TNF- α , sugli eventi trasduzionali a valle, e sulla suscettibilità della cellula all'apoptosi TNF-indotta. I processi di S-tiolazione ("S-cisteil-glicilazione") interessano anche proteine del microambiente, dove gli eventi ossidativi GGT-mediati possono contribuire alla perossidazione delle lipoproteine LDL, e promuovono inoltre l'assorbimento cellulare dell'acido ascorbico.

Pubblicazioni

Dominici S, Valentini M, Maellaro E, Del Bello B, Paolicchi A, Lorenzini E, Tongiani R, Comporti M, Pompella A: Redox modulation of cell surface protein thiols in U937 lymphoma cells: the role of gamma-glutamyl transpeptidase-dependent H₂O₂ production and S-thiolation. *Free Rad. Biol. Med.* **27**: 623-635, 1999.

Del Bello B, Paolicchi A, Comporti M, Pompella A, Maellaro E: Hydrogen peroxide produced during gamma-glutamyl transpeptidase activity is involved in prevention of apoptosis and maintenance of proliferation in U937 cells. *FASEB J.* **13**: 69-79, 1999.

Maellaro E, Dominici S, Del Bello B, Valentini MA, Pieri L, Perego P, Supino R, Zunino F, Lorenzini E, Paolicchi A, Comporti M, Pompella A: Membrane gamma-glutamyl transpeptidase activity of melanoma cells: effects on cellular H₂O₂ production, cell surface protein thiol oxidation and NF- κ B activation status. *J. Cell Sci.* **113**: 2671-2678, 2000.

Paolicchi A, Dominici S, Pieri L, Maellaro E, Pompella A: Glutathione catabolism as a signalling mechanism. *Biochem. Pharmacol.* **64**: 1029-1037, 2002.

Dominici S, Pieri L, Paolicchi A, De Tata V, Zunino F, Pompella A: Endogenous oxidative stress induces distinct redox forms of TNFR1 receptor in melanoma cells. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* **1030**: 62-68, 2004.

Pompella A, Emdin M, Passino C, Paolicchi A: The significance of serum gamma-glutamyltransferase in cardiovascular diseases. *Clin. Chem. Lab. Med.* **42**: 1085-1091, 2004

Corti A, Raggi C, Franzini M, Paolicchi A, Pompella A, Casini AF: Plasma membrane γ -glutamyltransferase activity facilitates the uptake of vitamin C in cancer cells. *Free Rad. Biol. Med.* **37**: 1906–1915, 2004.

Corti A, Paolicchi A, Franzini M, Dominici S, Casini AF, Pompella A: The S-thiolating activity of membrane γ glutamyltransferase: formation of cysteinyl-glycine mixed disulfides with cellular proteins and in the cell microenvironment. *Antiox. Redox Signal.*, **2005** (in press)