

Messina, 25/08/2015

Al Magnifico Rettore

Al Direttore
del Dipartimento di Scienze Sperimentali
Medico Chirurgiche Specialistiche e
Odontostomatologiche

dell'Università degli Studi
di Messina

Al Direttore Generale

Al Direttore
dell'U.O.C. di Chirurgia Plastica

dell'Azienda Ospedaliera Universitaria
di Messina

Oggetto: richiesta di congedo per motivi di studio ai sensi dell'art. 8 della legge n. 349/58.

Il sottoscritto **Dott. Gabriele Delia**, nato a Messina il 31/05/1976, ricercatore confermato universitario del SSD MED/19 (Chirurgia Plastica), afferente al Dipartimento di Scienze Sperimentali Medico-Chirurgiche, Specialistiche e Odontostomatologiche, chiede di essere collocato in congedo retribuito, ai sensi dell'art. 8 della legge n. 349/58, per il periodo dal 14 settembre 2015 al 14.12.2015 per motivi di studio e di ricerca scientifica presso la Divisione di Chirurgia Dermatologica dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) di Milano.

Si impegna, altresì, a comunicare alla M.V. e al Consiglio di Dipartimento, con apposita relazione, i risultati della ricerca.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di non aver usufruito in precedenza di altro congedo al medesimo titolo.

Allega, alla presente, il programma di ricerca.

Cordiali saluti

Dott. Gabriele Delia



Titolo del PROGETTO DI RICERCA

New Trends nel trattamento chirurgico del Melanoma

Responsabile del progetto

Dottor Gabriele Delia, Ricercatore Confermato Cattedra di Chirurgia Plastica AOU G. Martino, Messina

BASE DI PARTENZA SCIENTIFICA

Punti chiave

- Il melanoma metastatico è una delle più aggressive forme di cancro, con il 75% di persone morte entro un anno.¹
- A causa di prognosi sfavorevoli e della mancanza di trattamenti efficaci per lo Stadio III non operabile e lo Stadio IV del melanoma metastatico, il bisogno di cure è ancora insoddisfatto.
- Il melanoma rappresenta solo il 4% dei tumori della pelle, ma è responsabile dell'80% dei decessi per cancro della cute.²
- Il melanoma è il tumore che negli uomini sta aumentando più rapidamente rispetto a tutte le altre forme di cancro; nelle donne è secondo solo al tumore al polmone.³
- In Europa si registrano ogni anno circa 68.000 nuove diagnosi.⁴

Il melanoma è la forma più pericolosa di cancro della pelle e, nello stadio avanzato, è aggressivo e mortale. Diversamente da quanto accade in molti altri tumori solidi, questa malattia colpisce una popolazione più giovane. L'età mediana alla diagnosi per il melanoma è di 57 anni e l'età mediana al decesso è di 67 anni.⁵

Il melanoma è caratterizzato dalla trasformazione dei melanociti, cellule che producono e contengono un pigmento noto come melanina e che si trovano nello strato profondo della cute, in quello medio dell'occhio e dell'orecchio interno e in alcuni organi interni.⁶

Esistono 4 sottotipi di melanoma: melanoma a diffusione superficiale (con crescita lenta, di solito su gambe, schiena e torace), il melanoma nodulare (con crescita più rapida, di solito su torace, schiena, testa o collo), il melanoma lentigo maligna (di solito si sviluppa nelle persone anziane come lentiggine precancerosa di Hutchinson) ed il melanoma lentiginoso-acrale (sottotipo meno comune, si sviluppa tipicamente sulle estremità).⁷

Il melanoma può essere trattato se individuato in uno stadio iniziale, ma in fase avanzata, quando si è diffuso ad altre parti del corpo, è molto difficile da trattare.⁸

INCIDENZA DEL MELANOMA

Come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ogni anno nel mondo sono diagnosticati circa 132.000 nuovi casi di questo tipo di cancro.

Sembra vi sia un'associazione tra l'incidenza del melanoma e l'etnia, con una incidenza più alta in individui di pelle chiara che maggiormente sono esposti a livelli elevati di luce solare. L'incidenza di questo tipo di tumore nelle diverse aree geografiche è molto variabile: la più alta si registra in Australia, Nord America ed Europa.

In Europa l'incidenza varia nelle diverse zone con tassi più alti nei Paesi del Nord Europa (12-20 ogni 100.000 per anno) rispetto a quelli mediterranei (3-5 ogni 100.000 per anno). Complessivamente, la mortalità risulta più alta negli uomini che nelle donne (3 ogni 100.000 per anno vs. 2 ogni 100.000 per anno) e la mortalità associata al melanoma maligno è raddoppiata nel sesso maschile negli ultimi 25 anni.

Ogni anno in Europa vengono diagnosticati 68.000 nuovi casi di melanoma. In Europa è l'ottavo cancro più frequentemente diagnosticato fra le donne e il diciassettesimo fra gli uomini.

Le stime per l'Italia indicano un totale di circa 7000 nuovi casi diagnosticati ogni anno, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 849 decessi per melanoma cutaneo fra i maschi e 633 decessi fra le femmine. Il melanoma cutaneo è un tumore importante anche nei più giovani, infatti oltre il 50% dei casi viene diagnosticato entro i 59 anni.¹⁰

GLI STADI DEL MELANOMA

	Melanoma in situ o anormalità sulla pelle	
	Stadio iniziale, melanoma localizzato	
	Melanoma localmente avanzato Il melanoma si è diffuso ai linfonodi o ai vasi linfatici e <u>può essere trattato chirurgicamente</u>	
Stadio III Non operabile	Melanoma localmente avanzato Il melanoma si è diffuso ai linfonodi o ai vasi linfatici e <u>non può essere trattato chirurgicamente</u>	Per lo Stadio III non operabile e lo Stadio IV, si parla solitamente di MELANOMA AVANZATO
Stadio IV	Melanoma avanzato a distanza Il melanoma si è diffuso a diverse parti del corpo, come polmoni, fegato, cervello e ossa	

TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL MELANOMA

Il primo approccio chirurgico ad una lesione pigmentata cutanea sospetta deve sempre essere quello di una escissione limitata a scopo biotico (1-2 millimetri di margine) e sutura diretta. Una asportazione direttamente ampia, come era in uso anni fa, è assolutamente da evitare, dato che l'esito cicatriziale più ampio, comprometterebbe irrimediabilmente la eventuale (dove indicata) procedura di ricerca del linfonodo sentinella; questo perché una cicatrice di una certa dimensione danneggia l'anatomia del drenaggio linfatico regionale, la cui integrità è necessaria per la corretta migrazione del radiofarmaco per individuare il linfonodo (o i linfonodi) drenanti la zona del melanoma. Anche la piccola cicatrice della prima escissione a scopo biotico deve comunque essere sempre fatta nel rispetto assoluto delle tecniche di chirurgia plastica, e cioè con estrema delicatezza nella manipolazione dei tessuti, possibilmente senza nessun scollamento laterale, e con emostasi rapida ed accuratissima, per evitare rischi di diffusione di eventuali cellule maligne per via ematica. L'escissione di un sospetto melanoma deve essere sempre completa e a tutto spessore eccetto in rarissimi casi selezionati, ad esempio di lesioni di grandi dimensioni (estese lentigo maligne, Dubreuilh..), dove per evitare demolizioni invalidanti in assenza di diagnosi certa, può essere richiesta una biopsia intra lesionale, procedura che può comportare qualche rischio di diffusione metastatica. L'escissione limitata del nevo sospetto deve essere sempre eseguita con bisturi freddo (non elettrobisturi né laser!) e può essere generalmente fatta ambulatoriamente, in anestesia locale, con infiltrazione di anestetico, possibilmente con l'aggiunta di vasocostrittore (adrenalina) non infiltrando la zona sottostante la lesione ma solamente i margini (cosiddetta anestesia a barriera). La chiusura della piccola losanga cutanea richiede, praticamente in qualsiasi distretto cutaneo, solamente una sutura diretta sia dei piani profondi che della cute. Se non strettamente necessari (lesioni grandi in zone particolari), sono assolutamente da evitare lembi locali e tantomeno innesti cutanei in prima istanza, sempre per l'elevato rischio di compromissione delle vie linfatiche.

Escissione allargata: In caso di conferma istologica di melanoma, si dovrà provvedere il prima possibile, e comunque non oltre i tre mesi, ad un allargamento dell'ampiezza dell'escissione limitata secondo le attuali linee guida. In questo caso, a seconda della zona, può essere necessaria l'esecuzione di lembi di vicinanza (Limberg, Doufourmentel) o innesti cutanei a tutto spessore (sec. Wolfe), in questa fase consentiti, dato che l'eventuale marcatura del linfonodo con mezzo di contrasto sia già stata fatta. La procedura della radicalizzazione chirurgica (allargamento) viene infatti eseguita subito dopo la linfo-scintigrafia (giorno stesso o giorno dopo), contestualmente alla linfoadenectomia selettiva (asportazione del linfonodo sentinella) che va effettuato in relazione al referto istologico. In ogni caso, per la riparazione della perdita di sostanza residua dovranno essere sempre adottate le procedure più semplici possibili e la chiusura diretta, ove possibile, è sempre preferibile. L'utilizzo di lembi ad isola a distanza è da riservare eccezionalmente solo ai casi di esposizione di strutture ossee, vascolari o tendinee. L'innesto è, anche se esteticamente poco valido, preferibile ai lembi locali, dato che può facilitare l'individuazione di eventuali metastasi satelliti in caso di recidive locoregionali. I margini di allargamento attuali sono, rispetto al passato, decisamente ridotti, basti pensare che solo 15 anni fa veniva ancora eseguito il cosiddetto allargamento con la tecnica della Olsen (chirurga scandinava degli anni settanta) che prevedeva estese escissioni di 10 cm e oltre, anche se con il risparmio della fascia muscolare. Le attuali riduzioni (al massimo 2 cm) permettono nella stragrande maggioranza di casi di eseguire

una adeguata chiusura della zona, ma alcune zone sensibili, come ad esempio al volto e orecchio, possono richiedere piccole modifiche ai protocolli, con riduzione dei margini di sicurezza, al fine di poter consentire una adeguata ricostruzione della zona, senza provocare mutilazioni psicologicamente invalidanti; anche qui la chirurgia plastica ha molte soluzioni ricostruttive, come ad esempio all'orecchio, dove particolari tecniche ne consentono il rimodellamento senza distorsioni anche dopo una escissione allargata di melanoma o al naso dove è possibile preservarne l'unità estetica. In caso di melanoma sub ungueale di mano e piede le linee guida impongono la disarticolazione della intera falange distale; per melanomi prossimali delle dita, qualora non sia possibile eseguire adeguati margini di escissione è indicata la completa amputazione del dito interessato compreso il metacarpo per la mano e il metatarso al piede.

Biopsia del linfonodo sentinella: Questa procedura richiede alcuni importanti accorgimenti da parte del chirurgo plastico che la esegue. Va preferibilmente eseguita in anestesia generale. Il radiofarmaco utilizzato, consentirà ad un operatore esperto, coadiuvato in sala operatoria dal medico nucleare, e con l'utilizzo di un rilevatore di scintigrammi intraoperatorio, di asportare il linfonodo senza problemi e con elevatissima precisione. L'utilizzo aggiuntivo di un colorante vitale (patent blue V, più indicato del bleu di metilene) può ulteriormente facilitare "visivamente" il compito del chirurgo nella localizzazione del linfonodo. Il colorante vitale dovrà essere iniettato nelle stesse sedi del radiofarmaco (intorno alla cicatrice) una ventina di minuti prima dell'intervento chirurgico. Anche la procedura del linfonodo sentinella deve essere eseguita nel pieno rispetto delle regole base della chirurgia plastica, e cioè di massima atraumaticità per i tessuti, minimo sanguinamento e rispetto delle strutture sane circostanti al linfonodo da asportare; un intervento delicato e ben eseguito riduce quasi a zero le eventuali, possibili complicanze locali di questa procedura: ematomi, sieromi, linfedema dell'arto). A conclusione dell'intervento dovrà sempre essere posizionato per qualche giorno un drenaggio in aspirazione per evitare raccolte linfatiche. Sono interventi che si possono effettuare generalmente in regime di day hospital anche in caso di anestesia generale. E' sempre consigliata una adeguata profilassi antibiotica perioperatoria. Controindicazioni all'esecuzione di questa procedura sono infine, oltre a pregressa asportazione non limitata con uso di lembi od innesti, la presenza di adenopatie linfonodali sospette, evidenza di metastasi a distanza e/o viscerali, gravi patologie associate. Una controindicazione relativa è l'obesità.

In caso di positività del linfonodo sentinella si dovrà procedere allo svuotamento radicale della catena linfonodale tributaria del distretto corporeo interessato.

Introduzione e rationale dello studio

Il progetto di ricerca clinico-chirurgico, prevede di valutare i risultati a breve e lungo termine delle moderne tecniche di svuotamento linfonodale dei tre distretti corporei principali: laterocervicale, ascellare ed inguinale.

Il progetto prevede inoltre di acquisire i new trends nella chirurgia del melanoma, patologia neoplastica estremamente aggressiva ed in grandissima espansione.

Tale progetto è di grande importanza perché utile su più livelli: la ricerca clinica, che si potrà espletare presso uno dei gruppi di studio più importante a livello nazionale ed internazionale. L'osservazione delle tecniche chirurgiche impiegate, che potranno essere importate e sviluppate presso la Cattedra di Chirurgia Plastica dell'Università di Messina.

Obiettivi dello studio

Le attuali linee guida nazionali ed internazionali prendono in considerazione diversi elementi che vengono forniti dall'anatomopatologo dopo il primo esame istologico del melanoma. Il livello di Clark, lo spessore del melanoma secondo Breslow, la presenza di ulcerazione, di regressione, il tipo di infiltrato linfocitario, il numero delle mitosi, ecc...

In particolare attualmente i due parametri più importanti che danno l'indicazione per eseguire la biopsia del linfonodo sentinella sono:

- 1) lo spessore secondo Breslow ($\geq 0,75\text{mm}$)
- 2) Il numero delle mitosi (≥ 1 mitosi per mm^2)

Il primo obiettivo dello studio è quello di rilevare tra i pazienti che hanno eseguito la biopsia del linfonodo sentinella quanti hanno presentato un linfonodo sentinella positivo in relazione allo spessore di breslow, al numero delle mitosi, al tipo di infiltrato linfocitario, alla sede anatomica colpita, all'età al momento della diagnosi ed al sesso.

Il secondo obiettivo dello studio è quello di valutare tra i pazienti che hanno presentato positività del linfonodo sentinella, e che conseguentemente hanno subito lo svuotamento linfonodale, la prognosi a distanza ponendo i dati sempre in relazione allo spessore di breslow, al numero delle mitosi, al tipo di infiltrato linfocitario, alla sede anatomica colpita, all'età al momento della diagnosi ed al sesso.

Disegno dello studio

Lo studio è osservazionale, retrospettivo e trasversale; la popolazione dello studio comprende tutti i pazienti con diagnosi di melanoma trattati presso l'IEO dal 2010 al 2015 di cui è possibile reperire dati istologici e followup oncologico.

Popolazione dello studio

La registrazione dei dati verrà effettuata tramite compilazione di una scheda raccolta dati preparata ad hoc.

Criteri di inclusione/esclusione

Criteri di inclusione

Pazienti affetti da melanoma

Criteri di esclusione

Pazienti affetti da melanoma ed altre patologie associate che possano inficiare la prognosi a distanza

Valutazioni cliniche

Nello studio saranno valutate le correlazioni esistenti tra positività del linfonodo sentinella e la prognosi a distanza della malattia. I dati estrapolati saranno analizzati in relazione allo spessore di Breslow, al numero delle mitosi, al tipo di infiltrato linfocitario, all'ulcerazione ed alle aree di regressione, l'età ed il sesso, al fine di confermare o modificare su una larga statistica quelli che sono gli indicatori predittivi di gravità per questa patologia. Il timing del followup seguirà le attuali linee guida per il melanoma 3/6 mesi a seconda dei parametri istologici.

Bibliografia

¹ Korn E et al. Meta-analysis of phase 2 cooperative group trials in metastatic stage IV melanoma to determine progression-free and overall survival benchmarks for future phase 2 trials. *J Clin Oncol* 2008;26:527-534.

² Miller AJ, Mihm MC. Melanoma. *N Engl J Med* 2006;355:51-65.

³ National Comprehensive Cancer Network (2010). NCCN clinical practice guidelines in oncology^(TM) - melanoma. V.2.2010. Available http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#site. Accessed July 2011.

⁴ European Cancer Observatory. Cancer: Melanoma of the Skin. Available at <http://eu-cancer.iarc.fr/cancer-11-melanoma-of-skin.html,en>. Accessed June 2011.

⁵ Markovic SN et al. Malignant melanoma in the 21st century, part 1: epidemiology, risk factors, screening, prevention, and diagnosis. *Mayo Clin Proc.* 2007;82:364-380.

⁶ Skin Cancer Foundation. What is melanoma? Available at <http://www.skincancer.org/Melanoma>. Accessed July 2011.

⁷ National Institute of Health. Melanoma: Medline Plus Encyclopedia. Available at <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000850.htm>. Accessed July 2011.

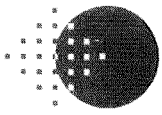
⁸ Melanoma. Available at <http://www.patient.co.uk/health/Cancer-of-the-Skin-Melanoma.htm>. Accessed July 2011.

⁹ American Cancer Society. Melanoma skin cancer. How is melanoma staged? Available at <http://www.cancer.org/Cancer/SkinCancer-Melanoma/DetailedGuide/melanoma-skin-cancer-staging>. Accessed July 2011.

¹⁰ http://www.registri-tumori.it/cms/?q=sede_melanoma

¹¹ Dummer R et al. ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of melanoma. *Ann Oncol* 2010;21 (Suppl. 5):v194-v197.

¹² Garbe C et al. Diagnosis and treatment of melanoma: European consensus-based interdisciplinary guideline. *Eur J Cancer* 2010;46:270-283.



IEO
Istituto Europeo di Oncologia

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Via Ripamonti 435 20141 Milano
W www.ieu.it

Direzione Centrale Risorse Umane,
Organizzazione e Acquisti
Servizio Amministrazione Personale e
Normativa del Lavoro
T +39 02 57489.755 F +39 02 94379.255

Egr. Sig.
Dott. Gabriele DELIA
Via Cottone SNC
98125 MESSINA ME

Milano, 27 Luglio 2015
HR15/782/od

Gentile dottor Delia,

abbiamo il piacere di confermarle che è stata accettata la sua richiesta di poter frequentare, in qualità di **"Visiting Professor"**, la Divisione di Chirurgia Dermatologica del nostro Istituto.

In relazione ai programmi che concorderà con il responsabile della Divisione, lei è autorizzato a frequentare le sedi di Milano del nostro Istituto, per il periodo **14/09/2015 – 14/12/2015**, nei giorni e negli orari che il suo referente interno definirà, invitandola al rispetto delle norme generali in uso.

Le precisiamo che nel periodo di frequenza presso il nostro Istituto dovrà astenersi dallo svolgere ogni e qualsiasi attività clinico assistenziale e da qualunque attività comportante rischio da radiazioni ionizzanti e non, rischio chimico e biologico e che, pur in presenza delle indicazioni di cui sopra, l'attività oggetto di questo programma non potrà configurare in alcun modo un rapporto di lavoro, sia subordinato che di altro tipo, tra lei e lo IEO.

Parimenti, al termine del periodo di frequenza, lei non potrà vantare alcun diritto in ordine ad una sua assunzione presso questo Istituto.

La informiamo che al suo arrivo in IEO dovrà contattare il Servizio Amministrazione del Personale e Normativa del Lavoro-DRU per il completamento della pratica amministrativa.

Nel rivolgerle il benvenuto e con l'augurio che il suo impegno futuro possa rappresentare un utile apporto per la sua formazione professionale, la preghiamo di ritornare controfirmata per ricezione e accettazione l'allegata copia della presente.

Con i migliori saluti.

Direzione Centrale Risorse Umane e
Organizzazione
Il Direttore
dott. Massimo Pietracaprina

Direzione Sanitaria
Il Direttore
dott. Fabrizio Mastrilli

ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA srl
Capitale Sociale 80.579.007,00 i.v.
Sede Legale: via Filodrammatici 10, 20121 Milano
Codice Fiscale/Partita Iva
e n. di iscrizione nel registro
delle imprese di Milano: 08691440153

C.c. Direzione Scientifica

Prog. 52030
Dec 4/09/2015



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE SPERIMENTALI MEDICO-CHIRURGICHE
SPECIALISTICHE ED ODONTOSTOMATOLOGICHE

(Direttore: Prof. G. Cordasco)

VERBALE DEL CONSIGLIO DI DIPARTIMENTO N. 5/15

Adunanza del 2 settembre 2015

Il giorno 2 del mese di settembre dell'anno 2015 alle ore 12.30, nell'Aula Magna del Dipartimento di Scienze Sperimentali Medico-Chirurgiche Specialistiche e Odontostomatologiche ubicata al 2° piano del pad. CI/OPD, si riunisce il Consiglio di Dipartimento convocato a norma di Regolamento, per discutere e deliberare sui seguenti punti posti all'

Ordine del giorno

1° punto all'O.d.G.: "Ratifica Decreti";

2° punto all'O.d.G.: "assegnazione incarico di insegnamento di "Medicina Interna", per l'A.A. 2015/16, del CdLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria";

3° punto all'O.d.G.: "Provvedimenti Corsi di Laurea incardinati al Dipartimento";

4° punto all'O.d.G.: "ratifica testo della lettera del 20.07.2015, n. di prot. 45687, avente per oggetto: Richiesta incarichi di insegnamenti a titolo oneroso A.A. 2015/16";

5° punto all'O.d.G.: "richiesta contratto sostitutivo di diritto privato per l'A.A. 2015/16 dell'insegnamento di Informatica (SSD, INF/01) (Riferimento lettera del Rettore alla didattica del 07/07/2015 n. di prot. 42736)";

6° punto all'O.d.G.: "richiesta contratto sostitutivo di diritto privato per l'A.A. 2015/16 dell'insegnamento di Lingua Inglese (SSD, L-LIN/12). (Riferimento lettera a firma del Rettore alla didattica del 07/07/2015 n. di prot. 42758)";

7° punto all'O.d.G.: "Provvedimenti Scuole di Specializzazione afferenti al Dipartimento";

8° punto all'O.d.G.: "rinnovo RTD Dott. G. Micali".

1° Ordine del Giorno Aggiuntivo

1° punto all'O.d.G. aggiuntivo: "Progetto Marco Polo A.A. 2016/17: numero posti studenti cinesi 1° anno";

2° punto all'O.d.G. aggiuntivo: "Richiesta di congedo per motivi di studio";

3° punto all'O.d.G. aggiuntivo: "Affidamento contratto integrativo a titolo gratuito";

Di seguito è riportato l'elenco dei Componenti del Consiglio presenti alla seduta che unitamente agli assenti giustificati e agli assenti vengono contrassegnati con una X:

N°	COGNOME	NOME	QUALIFICA	PRESENTE	ASSENTE	
					GIUSTIFICATO	ASSENTE
1	CORDASCO	GIANCARLO	PROF. ORDINARIO	X		
2	DE PONTE	FRANCESCO S.	PROF. ORDINARIO	X		
3	GALLETTI	FRANCESCO	PROF. ORDINARIO	X		



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE SPERIMENTALI MEDICO-CHIRURGICHE
SPECIALISTICHE ED ODONTOSTOMATOLOGICHE

(Direttore: Prof. G. Cordasco)

4	GIRBINO	GIUSEPPE	PROF. ORDINARIO		X	
5	STAGNO D'ALCONTRES	FRANCESCO	PROF. ORDINARIO	X		
6	ARAGONA	PASQUALE	PROF. ORDINARIO	X		
7	ACRI	IGNAZIO E.	PROF. ASSOCIATO	X		
8	BARONE	MARIO	PROF. ASSOCIATO	X		
9	COLONNA	MICHELE	PROF. ASSOCIATO			X
10	GAETA	ROBERTO	PROF. ASSOCIATO			X
11	GALLETTO	BRUNO	PROF. ASSOCIATO			X
12	MATARESE	GIOVANNI	PROF. ASSOCIATO	X		
13	MONACO	FRANCESCO	PROF. ASSOCIATO	X		
14	OTERI	CIACCOMO	PROF. ASSOCIATO	X		
15	SALVIERA	CARLO	PROF. ASSOCIATO	X		
16	SQUERI	CARLO A.	PROF. ASSOCIATO			X
17	ADAMO	ELENA BIANCA	RICERCATORE	X		
18	ANDO'	F.LIPPO	RICERCATORE	X		
19	BENEDETTO	F.LIPPO	RICERCATORE	X		
20	BRUNO	ROCCO	RICERCATORE			X
21	CASTAGNA	IRENE	RICERCATORE			X
22	CATALFAMO	LUCIANO MARIA	RICERCATORE	X		
23	DELIA	GABRIELE	RICERCATORE	X		
24	FERRETI	FELICIA	RICERCATORE			X
25	FRENI	FRANCESCO	RICERCATORE			X
26	LO GIUDICE	GIUSEPPE	RICERCATORE	X		
27	MEDURI	ALESSANDRO	RICERCATORE			X
28	MILITI	ANGELA	RICERCATORE			X
29	NICOCIA	CIACCOMO	RICERCATORE			X
30	NUCERA	RICCARDO	RICERCATORE	X		
31	RUGGERI	PAOLO	RICERCATORE	X		
32	TERRANOVA	ANTONELLA	RICERCATORE			X
33	TROMBETTA	COSTANTINO	RICERCATORE	X		
34	VENZA	ISABELLA	RICERCATORE			X
35	VENZA	MARIO	RICERCATORE	X		
36	DE CARIDI	GIOVANNI	RICERCAT. T.D.			X
37	LUPO	FLAVIA	RICERCAT. T.D.			X
38	MICALI	GREGORIO	RICERCAT. T.D.	X		
39	DENARO	ANTONINO	SEGRETARIO AMMINISTRATIVO	X		
40	ALESSANDRINO	ANGELO	RAPPR. PERS. T.A.	X		
41	CRIMI	SALVATORE	RAPPR. SPECIALIZ.	X		
42	ITALIA	FRANCESCO	RAPPR. SPECIALIZ.			X
43	MATARESE	MARCO	RAPPR. STUDENTI	X		
44	FALCOMATA	DOMENICO	RAPPR. STUDENTI	X		
45	STELITANO	CARMELO	RAPPR. STUDENTI	X		
46	CAPEO	GIOVANNI	RAPPR. STUDENTI			X



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE SPERIMENTALI MEDICO-CHIRURGICHE
SPECIALISTICHE ED ODONTOSTOMATOLOGICHE

(Direttore: Prof. G. Cordasco)

47	TALIA	CARMELO	RAPPR. STUDENTI			X
48	VALENTI	SANTI MARIA	RAPPR. STUDENTI			X
49	AL KRENAWI	NIZAR	RAPPR. STUDENTI			X
TOTALE (Presenti – Assenti giustificati – Assenti)				28	1	20

Presiede il Prof. Giancarlo Cordasco, Direttore del Dipartimento. Funge da Segretario verbalizzante il Dott. Antonino Denaro.

Il Direttore constatata, la presenza del numero legale, dichiara aperta la seduta.
 Si passa alla trattazione del

1° punto all'O.d.G.: "ratifica decreti"

OMISSIS

Alle 13.50 esce il Dott. G. Delia.

2° punto aggiuntivo all'O.d.G.: "Richiesta di congedo per motivi di studio";

Il Presidente comunica che è pervenuta, da parte del RU Dott. Gabriele Delia richiesta di congedo per motivi di studio, ai sensi dell'art. 8 della L. 349/58.

Il Dott. Delia chiede di essere collocato, per il periodo che intercorre dal 14.09.2015 al 14.12.2015, in congedo retribuito per motivi di studio e di ricerca presso la Divisione di Chirurgia Dermatologica dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) di Milano.

Il Consiglio unanime autorizza.

Alle ore 13.55 entra il Dott. G. Delia

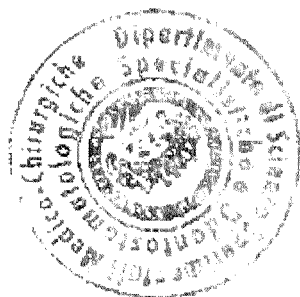
OMISSIS

Alle ore 14,00 il Presidente, esauriti tutti i punti all'O.d.G., dichiara conclusa la seduta.

Del ché, letto, approvato e sottoscritto per le parti immediatamente deliberative.

Il Segretario verbalizzante
 F.to Dott. Antonino Denaro

Il Direttore
 F.to Prof. Giancarlo Cordasco



Il presente estratto si compone
di n° 3 pagine a singola facciata ed è
copia conforme all'originale

Il Segretario Amministrativo
Dott. Antonino Denaro