

LETTERE

dalla

FACOLTÀ



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

n.1 Giugno 1998

Lettera del Preside

Sommario

Lettera del Preside	1
EDITORIALE Sui Comitati Etici	3
CONOSCERE LA FACOLTÀ Il Diploma Universitario per Fisioterapisti	5
IL POLO UNIVERSITARIO OSPEDALIERO DI ANCONA Clinica Ostetrica e Ginecologica	7
DALLA RICERCA SCIENTIFICA ALLA PRATICA CLINICA, BASANDOSI SULLE "EVIDENZE" L'attività proliferativa, valutata con l'anticorpo MIB-1, può contribuire a fornire informazioni di valore prognostico nei tumori della corticale del surrene. La proteinuria è indice altamente significativo dell'evoluzione di una Nefropatia. L'alendronato a basse dosi previene la perdita di massa ossea nelle donne post-menopausa sotto i 60 anni.	8
TRIBUNA Il Comitato Editoriale risponde	11
Congressi, Corsi, Seminari, Conferenze	12
AGENDA Giugno-Luglio 1998	13

Abbiamo istituito quest'anno i Seminari di Facoltà. I Seminari sono momenti in cui i Docenti si riuniscono con le rappresentanze degli Studenti per presentare e discutere due aspetti caratterizzanti la vita di una Facoltà: il Manifesto degli Studi, ossia gli obiettivi e i programmi dell'Anno Accademico che deve iniziare, e questo in primavera, e, in autunno, la valutazione dell'attività formativa realizzata nell'anno appena concluso.

Il 21 maggio scorso si è svolto il Seminario di Primavera, con la presentazione del Piano didattico 1998-99, elaborato in più riunioni da Docenti e Discenti raccolti nelle diverse aree didattico-formative in cui si articolano i Corsi di Diploma, di Laurea e di Specializzazione.

Le innovazioni maggiori sono venute dal Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia che, con il prossimo ottobre, applicherà in tutti i sei anni di corso il nuovo Ordinamento didattico, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 255 del 30/10/1996; si tratta di una profonda riforma degli studi medici che tende essenzialmente a

- accentuare il carattere professionalizzante del Corso, incrementando notevolmente le ore di applicazione pratica e limitando quelle dedicate alla didattica ex cathedra;

- privilegiare la didattica centrata sul discente, le cui esigenze formative guideranno la scelta degli obiettivi e dei programmi, mentre i Docenti forniranno il loro insegnamento, in relazione alla propria specifica competenza, integrandosi in Corsi ufficiali che saranno ridotti da 54 a 36;

- introdurre il meccanismo dei crediti, intesi non solo come parametro obiettivo di misurazione delle conoscenze e

competenze acquisite in un determinato settore, ma soprattutto come riconoscimento del peso che ogni attività didattica ha nel processo formativo dello studente;

- rendere flessibile e personalizzato il processo, riconoscendo per tutti gli insegnamenti una parte essenziale, il 70%, di contenuti didattici irrinunciabili e quindi obbligatori per tutti gli studenti e lasciando agli stessi la libertà di scegliere il restante 30% in un'ampia offerta di corsi monografici, seminari e internati, selezionati secondo la propria personale vocazione;

- offrire agli studenti occasioni in cui possano essere essi stessi protagonisti della propria formazione, fornendo loro gli strumenti didattici idonei ed educandoli quindi all'autoapprendimento, all'autovalutazione, alla ricerca bibliografica elettronica.

Questi principi sono stati da Saverio Cinti, Presidente del Consiglio di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, tradotti in piano operativo concreto, che è stato accolto con molto favore per la sua razionalità ed essenzialità.

Tra le innovazioni proposte per il prossimo anno: nel secondo triennio, le lezioni saranno limitate al primo pomeriggio e tutte le mattine riservate alla permanenza degli Studenti nei reparti clinici per apprendere la Medicina direttamente al letto del malato; la didattica opzionale sarà ampiamente sviluppata così da consentire agli Studenti la libera scelta di approfondimenti in un'ampia offerta didattica; si attiverà la didattica interprofessionale, nella quale i futuri Medici, Infermieri e Tecnici delle Professioni Sanitarie e i futuri Specialisti, perfezioneranno insieme, nella stessa aula e nella stessa ora, la loro preparazione in aree di comune interesse quali le Scienze umane, l'Economia in Medicina, i



Sistemi di qualità, la Medicina Basata sulle Evidenze.

Maurizio Procaccini, quale Presidente del **Corso di Laurea in Odontoiatria**, ha avuto poche innovazioni da proporre, non essendo stato questo Corso di Laurea oggetto per il momento di riforma; ha comunque presentato la programmazione didattica completa del Corso di Laurea, articolata nei suoi corsi integrati, ognuno con i propri obiettivi e programmi, e il calendario didattico del prossimo anno.

Guidalberto Fabris, in qualità di Coordinatore, ha disegnato il futuro assetto dei **Diplomi Universitari**, che prenderanno il via il primo ottobre soprattutto per quel che concerne il calendario didattico, comune a tutti i Diplomi, e che riconosce fasi distinte per la didattica formale e teorico-pratica, per il tirocinio e per le verifiche, queste ultime previste in numero molto maggiore rispetto al passato; ha presentato quindi una proposta per la didattica trasversale, ossia per quegli insegnamenti che possono essere svolti unitariamente, per Studenti di più Corsi di Diploma, stante lo svolgimento negli stessi semestri degli stessi anni.

Leandro Provinciali ha riferito sulla **formazione specialistica**, argomento attualmente oggetto di particolare interesse in Italia e all'estero. In Europa il conseguimento di una specializzazione avviene con meccanismi diversi da Stato a Stato, coinvolgendo con differenti modalità gli Ordini professionali, le Università, il Ministero della Sanità, il Servizio Sanitario Nazionale, la rete degli Ospedali d'insegnamento.

In Italia sono attualmente in discussione due proposte di legge riguardanti la formazione specialistica, delle quali una identifica tale formazione come esigenza della rete regionale di strutture ospedaliere, mentre la seconda demanda la formazione alle componenti ospedaliere più qualificate che offrono, insieme alla Facoltà Medica, garanzie di adeguato livello professionale nella preparazione degli specialisti.

Gli Specializzandi sono attualmente molto critici verso proposte che identificano un rapporto di lavoro temporaneo ma non garantiscono un adeguato livel-

lo di cultura specialistica e richiedono spostamenti nelle diverse sedi di formazione. Nella nostra Facoltà è in atto un processo di miglioramento della qualità nella gestione della formazione specialistica.

In primo luogo è stato realizzato un censimento delle risorse destinate alle trentuno scuole di specializzazione, attuato identificando, per ogni scuola, il carico di lavoro necessario alla formazione annuale di Specialisti e le strutture convenzionate che partecipano al processo. Dal censimento emerge una realtà poliedrica con forte partecipazione delle strutture del S.S.N. ed ampia disponibilità dei processi qualificanti la formazione specialistica.

Oltre a ciò sono state realizzate le procedure di valutazione per l'ammissione ai corsi e per la realizzazione dei Consigli delle scuole. Particolare attenzione è stata dedicata alla registrazione del processo formativo, sia conoscitivo-teorico che tecnico-operativo, attraverso la compilazione di log-book che testimonia le attività svolte dagli specializzandi.

Lo stesso strumento ha valore certificativo nell'ambito del saper fare, poiché contiene la testimonianza dei tutori della formazione specialistica.

E' stata infine discussa l'offerta didattica correlata alle scuole di specializzazione ed aperta ad un'utenza più vasta di quella rappresentata dagli specializzandi. Già attualmente seminari e conferenze sono fruibili da tutti i cultori delle discipline mediche a cui giunge comunicazione tramite questo Bollettino; oltre a ciò possono essere potenziati i corsi di perfezionamento destinati alla didattica teorico-pratica che interessano diversi specialisti e la didattica trasversale centrata su argomenti di interesse comune. In prospettiva futura saranno offerte all'esterno possibilità di incontro, con studiosi italiani e stranieri, al fine di arricchire gli stimoli culturali già disponibili per la classe medica della Regione.

Il Seminario di Primavera si è tenuto a Portonovo per consentire ai Docenti di svolgere il proprio lavoro lontani dal quotidiano impegno in un ambiente che, in questo momento dell'anno, è ancora molto tranquillo; il clima che si è instau-

rato è stato infatti di fervida partecipazione e di vivissimo interesse.

Dobbiamo rivolgere per questo il ringraziamento non solo ai Coordinatori per la qualità e la quantità del lavoro svolto, ma anche al nostro Rettore, per il significato che ha conferito alla manifestazione con la sua presenza, a Giovanni Danieli che ha curato la progettazione e l'organizzazione del Seminario e ad una Industria Farmaceutica, che ha voluto rigorosamente conservare l'anonimato, che ha generosamente sostenuto le spese del Convegno. Anche questa è stata una nota positiva del Seminario, una collaborazione Industria-Università che non ha avuto altro fine che quello di contribuire alla crescita culturale del nostro Ateneo.

Prof. Tullio Manzoni
Presidente della Facoltà



Sui Comitati Etici

Mentre in campo filosofico il tema dell'etica ha impegnato formidabili pensatori che ne hanno approfondito i contenuti, invece nell'ambito della professione medica, nonché delle altre professioni sanitarie (man mano che esse sono venute strutturandosi), la dimensione problematica è stata meno intensamente dibattuta. In altri termini, in ambito sanitario, il concetto di etica *professionale* appariva più sicuro, o scarsamente suscettibile di discussioni, non potendo esso non coincidere che con il fine di realizzare il bene del *malato*. Ed il concetto di bene del *malato* era abbastanza scontato per il medico; su di esso cioè non si addensavano le dispute che affascinavano i filosofi; era scontata una visione concreta del concetto, e, fra le varie concezioni *concrete* possibili, era del tutto pacifica quella più elementare: il bene era la vita, cioè il sopravvivere; quindi non era necessariamente il vivere bene, il *benessere*. Non è questa la sede per stabilire se ciò nascesse da una visione medicocentrica del *significato* della professione, se scaturisse cioè da una ricerca (beninteso, inconscia) di conferme e di autograttificazioni (in un contesto di prestazione d'opera e di assistenza, che era tanto più frustrante quanto più la ricerca scientifica era in embrione), che potevano essere obiettivate solo in numero di guarigioni, piuttosto che in termini di soddisfazioni (soggettive) del e per il paziente. Il *paternalismo medico* condizionava dunque l'operatività medica nella sua globalità; era il medico che definiva il concetto di *bene per il malato*, e trattandosi appunto di *bene*, era fuor di discussione che egli (il medico) fosse per ciò stesso autorizzato ad intervenire per quel fine; e la misura dei risultati era fatta dal medico usando come parametro di valutazione proprio quegli obiettivi. Era questa l'etica medica, intesa come etica dei medici, per il malato. Frutto di una elaborazione *intraprofessionale*, poco discussa nei secoli, andata avanti per concetti scontati o in base al criterio dell'autorevolezza di chi, illustre medico, aveva affermato un certo principio, quest'etica medica si era cristallizzata in luoghi comuni.

Oggi, a partire dagli ultimi lustri, lo scenario è profondamente cambiato. In particolare, i contenuti dell'intervento medico non sono più scontati come un tempo,

ma sono scelti in funzione di un obiettivo che è proprio del paziente. E l'obiettivo può non essere più solo limitato alla risoluzione della malattia, perchè non è detto che siffatta risoluzione corrisponda, nella concezione soggettiva di quel paziente, al maggior grado di benessere per lui possibile. Inoltre un aspetto fondamentale della riflessione etica attuale è connesso alle interazioni fra medico e persona sana: quindi non più solo fra medico e paziente. Si è poi inserita anche la società con istanze etiche non necessariamente coincidenti con quelle del singolo cittadino, quali possono essere quelle volte alla ottimizzazione dell'utilizzazione delle risorse per la salute della collettività.

In questo contesto, è impensabile la persistenza di un quadro etico di riferimento globale per la professione medica, elaborato esclusivamente in ambito intraprofessionale, quale quello che si era storicamente cristallizzato. Di questa inadeguatezza la consapevolezza è diffusa fra la popolazione in genere e fra i singoli individui, nonchè fra gli stessi medici. Non a caso essi, almeno a livello di organizzazioni internazionali, sono stati fra i primi a dare impulso a nuove, più organiche, prospettive di riflessione etica.

In questo scenario, di condivisione delle scelte di salute fra medicina e società (fra medici e cittadini), di partecipazione globale alla riflessione etica in ambito sanitario, deve essere soprattutto considerata la nascita dei *Comitati etici*. Considerare la nascita dei Comitati etici nel contesto di un processo di democratizzazione della stessa etica in ambito sanitario significa cogliere il senso profondo degli stessi. In altre parole, sarebbe fuorviante richiamare enfaticamente l'aspetto che da taluno è ritenuto di maggior importanza a dimostrazione della *necessità* dei Comitati etici, quello legato cioè ad alcune tematiche da affrontare all'interno degli stessi e che corrispondono ad aspetti emergenti delle nuove biotecnologie e dell'ingegneria genetica. Dette tematiche sono facilmente individuabili e fanno parte della cronaca corrente (più che della quotidiana realtà di lavoro): riguardano, ad esempio, gli interventi sulla basi molecolari e genetiche della vita (manipolazioni genetiche, procreazione assistita, utilizzo-eliminazione di embrioni), la sperimentazione farmacolo-

gica e chirurgica con l'uomo, la predittività su base genetica di eventi di salute avversi. Impostare così il discorso -rimarcando cioè le tematiche d'intervento- vorrebbe dire privilegiare alcuni spetti di contenuto rispetto alle ragioni profonde che sono alla base del metodo operativo stesso. E' questo metodo che invece esige considerazione, e ciò non solo perché fermarsi sul contenuto, non predeterminabile com'è (che cosa ci riserva il futuro?), indurrebbe canoni di riferimento che rischierebbero di fossilizzare il funzionamento del Comitato etico già al suo nascere, quanto piuttosto perché il Comitato etico è il laboratorio concreto, di tutti i giorni, in cui si impara ad affrontare (prima ancora a ri-conoscere) i problemi etici. E ciò deve essere fatto *insieme*; ed autenticamente insieme, con un contributo pluralistico.

Comitato etico, dunque, come occasione di crescita concreta, e comune, di persone che intendono impegnarsi per l'analisi di un problema biomedico garantendo la diversificazione (culturale, formativa, esperienziale, religiosa, scientifica, disciplinare tecnica, operativa, pedagogica) degli interventi. Si tratta dunque di un approccio pluralistico, che non è quindi gestito da *solì* medici, né da *solì* esercenti professioni sanitarie, ma anche da membri estranei all'organizzazione sanitaria, di estrazione quanto mai varia (in funzione della diversificazione di cui poco sopra) e che sono abitualmente definiti *laici*, anche se l'uso di questo termine non risulta particolarmente convincente perchè concretizza lessicalmente un vallo che, postulando due gruppi (sanitario ed extrasanitario), può tendere a separare le componenti del Comitato etico.

A corollario di quanto poco sopra considerato, una menzione meritano quei Comitati etici che nascono da decisioni spontanee, in quanto meditate, di un gruppo di *persone*, a prescindere da specifiche previsioni normative o da decisioni della dirigenza di una qualche istituzione o amministrazione (università, ospedali, aziende sanitarie, comuni, regioni, ordini professionali): siffatti Comitati testimoniano un processo di maturazione preliminare (autonomo dei membri fondatori) che è una valida premessa per un adeguato funzionamento del Comitato stesso.



Qualche rischio di avanzamento inerziale (con possibili rallentamenti -per completare la similitudine- dovuti a forze di attrito anche modeste, che possono essere rappresentate solo da una non sufficiente consapevolezza delle proprie potenzialità) hanno invece i Comitati etici, legislativamente contemplati, la cui istituzione è doverosa e la cui composizione può avvenire per chiamata o per proposta dell'amministrazione.

Esistono vari tipi di Comitati etici. Una prima distinzione fondamentale può essere operata fra Comitati locali e Comitati nazionali (non esistono comitati internazionali; tematiche di bioetica sono comunque discusse nell'ambito di istituzioni di carattere internazionale). Fra i Comitati locali, sono riconoscibili le seguenti due tipologie fondamentali.

I *Comitati etici per la ricerca e la sperimentazione*, che, storicamente, sono i primi, essendo stati promossi a far data dal 1975, dall'Associazione Medica Mondiale, hanno quale obiettivo la tutela delle persone coinvolte nella ricerca biomedica ed operano procedendo a valutazione etica dei protocolli sperimentali. La loro istituzione è tendenzialmente *obbligatoria*, posto che la loro esistenza è in genere prevista da leggi o regolamenti.

Per quanto riguarda l'Europa, il *fondamentale* riferimento normativo è identificabile nella Direttiva CEE n. 91/507 "Good clinical practice for trials on medicinal products in the European Community". Nel nostro Paese la Direttiva CEE è stata resa attuativa con D.M. Sanità del 27 aprile 1992. Un nuovo D.M. Sanità del 15 luglio 1997 recepisce -abrogando il precedente D.M.- le nuove linee guida in argomento dell'Unione europea (CPMP/ICH/135/95). In esse -e quindi nel D.M. vigente- compare la seguente definizione: "Comitato etico indipendente".

Una struttura indipendente (una Commissione o un Comitato di revisione dell'istituzione, regionale, nazionale o sovranazionale), costituita da medici e membri non medici con la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti coinvolti in uno studio clinico e di fornire pubblica garanzia di tale protezione. Tale struttura è responsabile, tra l'altro, di effettuare la

revisione e di dare l'approvazione/il parere favorevole relativamente al protocollo di studio, all'idoneità del/degli sperimentatore/i, delle strutture, dei metodi e del materiale da impiegare per ottenere e documentare il consenso informato dei partecipanti allo studio clinico."

La componente laica parrebbe dunque dover essere garantita, e di fatto lo è ovunque, anche se la locuzione "membri non medici" può lasciar spazio ad interpretazioni che suggeriscano che i "non medici" vadano ristretti ad esercenti altre professioni sanitarie. Nelle citate linee guida è inoltre precisato: "Lo stato legale, la composizione, la funzione, l'operatività e le disposizioni normative che si riferiscono ai Comitati etici indipendenti possono variare da Paese a Paese, ma devono comunque consentire al Comitato etico indipendente di agire nel rispetto della *good clinical practice* descritta in questa linea guida." Il citato D.M., all'art. 4, dispone l'istituzione dei Comitati etici indipendenti ed indica i Comitati di riferimento nel caso che la struttura non disponga di uno suo proprio, ma non entra nel merito delle questioni ora citate, che dunque in Italia non sono normativamente disciplinate nel dettaglio.

I *Comitati etici ospedalieri*, la cui istituzione è stata raccomandata a partire dal 1983 dalla "President's Commission" nel rapporto sulla sospensione al paziente dei trattamenti intensivi. Di istituzione non necessariamente obbligatoria, tali Comitati possono nascere direttamente per previsione regolamentare o per iniziativa di singoli (a prescindere da professione o associazioni di appartenenza), sono diversi come composizione nelle diverse realtà, fermo restando che il *pluralismo* di estrazione dei membri è tassativo. Il Comitato etico *ospedaliero* è in genere chiamato ad affrontare dilemmi esclusivamente etici - non cioè di natura tecnico-scientificoinerenti l'attività sanitaria quotidiana e non solo questioni straordinarie legate allo sviluppo di tecnologie biomediche: si tratta di scelte di cui valutare, nel rispetto della persona umana, premesse ed obiettivi, condizioni, tempi, modi. L'attività di un tale Comitato si concretizza in vari momenti operativi: scontata è la fase della valutazione comune del caso concreto e della

individuazione dei problemi etici connessi, meno nota è l'attività formativa prevalentemente (ma non esclusivamente) rivolta agli operatori per la salute e di sensibilizzazione degli stessi per permettere la consapevolezza della dimensione etica dei vari aspetti dell'attività sanitaria. Anche altri aspetti di siffatti Comitati etici sono poco noti: l'atto di rivolgersi al Comitato etico è, per l'operatore sanitario, facoltativo, essendo funzione del grado di sensibilizzazione (in termini di comprensione in chiave etica della realtà) dell'operatore stesso; l'attività del Comitato è la valutazione del caso o della situazione presentata: e il concetto di valutazione va inteso in senso proprio, cioè come contributo, espresso dai singoli membri, proveniente quindi da un pluralismo culturale, volto ad affrontare alla presenza dell'operatore le diverse sfaccettature del dilemma proposto; l'espressione da parte di questo Comitato di un parere necessariamente vincolante per l'operatore è attività altamente opinabile, comunque in evidente contrasto con la libertà del singolo e può risultare in contraddizione con un diverso convincimento etico che questi può aver maturato proprio in funzione dei vari aspetti della riflessione espressa dai membri del Comitato; la stessa espressione, sempre da parte del Comitato, di un parere non vincolante è discutibile per le suggestioni che può indurre negli operatori, a causa dell'autorevolezza di chi lo ha enunciato. Per contro, la non espressione di un qualunque parere, a qualunque titolo, allontana qualunque rischio di indurre nell'operatore l'idea di poter delegare ad altri la decisione, stimola in lui la sensibilità etica e contribuisce alla sua maturazione ed alla sua capacità di saper operare scelte in modo consapevole. In Italia, tali Comitati non sono contemplati da alcuna legge. Ciò spiega la notevole diversità di caratterizzazioni degli stessi nelle diverse realtà locali. Al fine di promuovere un confronto fra le singole esperienze e coordinare le attività, nel 1995 è nata la Federazione Nazionale dei Comitati di Etica Medica.

I *Comitati etici nazionali* nascono per un'esigenza di carattere nazionale, formalizzata in ambito parlamentare o a livello governativo, che ha quale obiettivo il confronto fra *competenti* (la pluralità è la

Il Diploma Universitario per Fisioterapista

regola: professionisti sanitari, filosofi, giuristi, teologi ed altri) e fra diverse visioni etiche. L'attività dei Comitati etici nazionali è volta, quando è realizzabile una convergenza di valutazioni, alla stesura di documenti di utile orientamento per ricercatori ed esercenti professioni sanitarie in genere; in ogni caso, è fondamentale la ricerca del dialogo nel rispetto dei diversi orientamenti filosofici, politici e religiosi. In Italia opera il Comitato Nazionale per la Bioetica, istituito con D.P.C.M. del 28 marzo 1990; esso è particolarmente attivo come comprovato, tra l'altro, dai numerosi (sono una quindicina) documenti elaborati e diffusi.

L'esistenza di diverse tipologie di Comitato etico con diversa composizione e diversa modalità di funzionamento sta solo ad indicare che vi sono esigenze operative diverse in rapporto al contesto ed alla natura delle questioni da affrontare. Ciò che non deve essere perso di vista è il significato intrinsecamente autentico dei Comitati etici nei termini generali che ho proposto inizialmente, ma in particolare in rapporto al fatto che essi consentono un'esperienza che favorisce la crescita concreta, e comune, non solo dei membri dello stesso ma anche di quanti al Comitato si rivolgono: e questo processo condiviso di maturazione di una consapevolezza etica negli operatori per la salute è la maggior garanzia di tutela che può avere il cittadino, al di là delle stesse garanzie di protezione, di per sé solo formale, che anche un parere vincolante (con tutti i limiti che può avere) consente.

Prof. Daniele Rodriguez
*Medico legale
nell'Università di Ancona*

Con l'Anno Accademico 1998-1999 e l'avviamento del terzo anno si concluderà il ciclo didattico del nuovo ordinamento degli studi del Diploma Universitario (D.U.) per Fisioterapisti.

Le innovazioni rispetto al precedente ordinamento sono sia formali che sostanziali. Innanzi tutto è cambiata la denominazione da D.U. per Terapisti della Riabilitazione a D.U. per Fisioterapisti, al fine di uniformare la dizione con quanto avviene in altri paesi di matrice anglosassone, nei quali si prevedono, nell'area riabilitativa, tre distinte dimensioni professionali: fisioterapisti, logopedisti e terapisti occupazionali. Quest'ultimo profilo occupazionale non è stato ancora attivato in Italia, pur essendovi molteplici iniziative per accelerare la sua realizzazione; il ritardo rende intempestiva la modifica dell'ordinamento per fisioterapisti, ai quali vengono meno le informazioni correlate alla terapia occupazionale, senza che una specifica figura sia stata creata.

Con il nuovo ordinamento vengono inoltre a cadere i due indirizzi previsti del vecchio D.U. Per Terapisti della Riabilitazione, il quale prevedeva un semestre finale dedicato alla Riabilitazione Neurologica in alternativa ad uno dedicato alla Riabilitazione Generale. Il pregresso ordinamento didattico sanciva un diverso approfondimento culturale presente in molte unità operative di riabilitazione, dove l'approccio alle disabilità conseguenti a patologie del sistema nervoso, con le loro ricadute cognitive e comportamentali, non viene abitualmente mutuato dalla gestione del paziente con compromissioni funzionali secondarie a patologia dell'apparato locomotore. Una simile evoluzione culturale, che porta ad identificare un unico approccio per molti aspetti della disabilità, richiede in realtà un periodo adeguato di transizione, poiché gli operatori sanitari che escono da D.U. per Fisioterapisti debbono, di fatto, avere competenze globali che suppliscano la mancanza di Terapisti occupazionali.

Con il prossimo anno accademico il D.U. diverrà l'unico corso di formazione per operatori non laureati della riabilitazione della regione Marche, raccogliendo l'ere-

dità delle Scuole Professionali e delle Scuole Universitarie Dirette a Fini Speciali. Tale evoluzione si è realizzata integrando i contributi didattici provenienti dalle diverse matrici di formazione professionale, attuando così l'obiettivo di reclutare i docenti con i più elevati profili scientifici e didattici. Oltre a ciò è stato esaltato il contributo professionale alla formazione, secondo lo spirito della costituzione dei D.U., offrendo a molti terapisti ruoli formativi di ordine tecnico-pratico, a testimonianza delle diverse realtà operative della regione e dei poliedrici aspetti della pratica riabilitativa.

Al fine di rendere più ampia la partecipazione della componente professionale nella formazione dei nuovi operatori è stata infine organizzata una rete di seminari riguardanti i diversi aspetti della pratica riabilitativa. Tale condizione consente di fornire testimonianze della cultura professionale e di presentare nuove proposte di formazione ed aggiornamento in aggiunta alla programmazione tabellare fornita dall'ordinamento didattico. Tali contributi si aggiungono ai corsi ed ai seminari riservati agli altri docenti del D.U. e a ospiti provenienti dalla realtà nazionale ed internazionale fornendo l'opportunità di considerare la sede formativa come condizione abituale di dibattito culturale.

L'organizzazione didattica del D.U. presenta aspetti di particolare interesse e di sicura innovazione. Innanzi tutto il rapporto fra ore di formazione teorico-scientifica e tecnico-pratica decresce progressivamente lungo i tre anni di corso, così da privilegiare un aspetto professionale operativo, alla vigilia della immissione nel mondo del lavoro.

In secondo luogo, la formazione teorica del primo anno di corso, basata sulle discipline di base, ha molti aspetti in comune con la didattica degli altri D.U. e del Corso di Laurea in Medicina, a sottolineare l'opportunità di una base scientifica tra tutti gli operatori della sanità. In aggiunta, sono state identificate diverse figure di coordinamento distinte per corso integrato, per anno di corso, per la formazione tecnico-pratica e per l'intero diploma, al fine di rendere l'insegnamento facilmente fruibi-



le ed aderente alla realtà operativa. Particolare rilievo ha il terapeuta della riabilitazione "coordinatore della formazione tecnico-pratica", al quale è attribuito il compito di integrare la didattica pratica all'insegnamento teorico-scientifico definendone le priorità, le lezioni formali propedeutiche all'apprendimento guidato, la distribuzione nelle varie sedi di tirocinio ed, infine, la verifica della formazione pratica al termine del curriculum di studi.

E' inoltre da sottolineare il ruolo didattico attribuito alle "guide di tirocinio", tutori della formazione pratica nelle diverse sedi, con un rapporto ottimale con i discendenti, al fine di garantire un corretto apprendimento del "saper fare" nell'attività professionale quotidiana. In una prima fase i compiti dei "coordinatori di sede", finalizzati ad individuare le sedi e le modalità di formazione tecnico-pratica all'interno della struttura ospedaliera e territoriale, saranno verosimilmente attribuite ad operatori professionali per essere, a regime, riservati ad un dirigente medico come previsto dalla normativa ministeriale.

Nella realtà marchigiana l'apprendimento tecnico-pratico è realizzato presso sedi molteplici e diversificate al fine di consentire un contatto diretto con le diverse realtà riabilitative. Tale situazione vissuta all'inizio come un disagio per lo studente viene particolarmente gradita nel corso degli anni, perché offre la possibilità di definire le affinità peculiari di ogni terapeuta.

Il "coordinamento di corso integrato" o "di anno di corso" comporta invece la necessità di integrare molti aspetti della didattica, attivando incontri di tipo seminariale, al fine di definire gli specifici ruoli assistenziali e gli obiettivi del programma di recupero alla luce dei presupposti teorici indicati nelle lezioni formali.

L'attività svolta nell'ambito dei D.U. per fisioterapisti è in stretto rapporto con l'evoluzione scientifica, l'aggiornamento degli operatori e la dinamica culturale professionale. La ricorrenza di incontri scientifici organizzati nell'ambito della Facoltà Medica costituisce una possibilità di aggiornamento e di confronto con altre realtà culturali nazionali ed internazionali. Rapporti in tal senso sono stati attivi con

altre Università italiane e straniere.

Il miglioramento dell'organizzazione didattica è garantito dalla Conferenza Nazionale dei Presidenti e dei Coordinatori dei D.U. per fisioterapisti, alla quale partecipa attivamente la sede di Ancona, che ha promosso un'attività di confronto e di razionalizzazione, sia delle procedure amministrative che dei contenuti didattici.

I rapporti con il mondo professionale sono garantiti dalle iniziative conseguite in sinergia con l'Associazione Italiana dei Terapisti della Riabilitazione (AITR), finalizzate ad identificare una costante aderenza tra la formazione universitaria e l'inserimento nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Fin dalle prime espressioni di tale collaborazione si sono identificate anche le occasioni di aggiornamento permanente, offerte al mondo professionale nell'ambito delle attività di approfondimento culturale promossa dal D.U.

Oltre a ciò sono da segnalare i rapporti crescenti con l'utenza, espressa sia da "associazioni laiche" che da singoli "clienti", al fine di favorire sinergie di utilizzo e di sviluppo dell'assistenza riabilitativa.

A testimonianza della integrazione formativa e di perfezionamento tra il mondo accademico e quello professionale è da citare la crescente richiesta di integrazione e revisione bibliografica che gli operatori della riabilitazione formulano nei riguardi del patrimonio bibliografico della Facoltà medica; tale condizione rispecchia la crescente esigenza di aggiornamento, basato su solide basi scientifiche ed accreditate esperienze internazionali.

In conclusione il Corso di Diploma per Fisioterapisti offre due distinte possibilità di sviluppo al mondo della riabilitazione: la qualità di una informazione aggiornata ed integrata, fondata su di una cultura medica al passo con i tempi, e l'opportunità di offrire contributi formativi da parte di chiunque sia in possesso di attendibili requisiti scientifici ed operativi.

Prof. Leandro Provinciali

Clinica di Neurologia, Facoltà di Medicina

Clinica Ostetrica e Ginecologica

La Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università degli Studi di Ancona, diretta dal Prof. Giuseppe Gioele Garzetti, è sita presso l'Azienda Ospedaliera "G. Salesi" di Ancona. In tale struttura ha sede anche l'Istituto di Clinica Ostetrica e Ginecologica a cui accedono gli studenti del sesto anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, gli studenti del Corso di Diploma Universitario Ostetrica/o, ed i medici specializzandi della Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia. L'Istituto è anche sede del Corso di Formazione per la Medicina Generale, sede didattica associata del Corso di Specializzazione in Pediatria, in Chirurgia Generale ed Endocrinologia e Malattie del Ricambio.

Accanto alla didattica, grande impulso viene dato alla ricerca sia clinica che di base; un fitto network di collaborazioni, infatti, sono state intrecciate con altri Istituti di ricerca sia nazionali che internazionali. Nell'ambito dell'Ateneo, il nostro Istituto vanta collaborazioni con l'Istituto di Embriologia e Morfologia Umana Normale, con l'Istituto di Anatomia e Istologia Patologica, con l'Istituto di Patologia Generale, con l'Istituto di Virologia, con l'Istituto di Chimica Biologica, con l'Istituto di Fisica Medica, con l'Istituto di Patologia Chirurgica, con l'Istituto di Pediatria e con l'Istituto di Fisiologia. A livello nazionale, le principali collaborazioni sono con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, con l'Università di "Tor Vergata" di Roma, con l'Università "Campus Biomedico" di Roma, con l'Istituto Superiore di Sanità, con l'INRCA e con l'Istituto Mario Negri di Milano. In campo internazionale sono state realizzante importanti collaborazioni con il National Cancer Institute di Bethesda, USA, con il Dipartimento di Ostetrica e Ginecologia dell'Università di Zagreb e con il Dipartimento di Ginecologia e Ostetrica dell'Università di New York, USA. Le principali aree di ricerca

Attività clinica/assistenziale

In Clinica Ostetrica e Ginecologica vengono assistiti circa 800 parti/anno, dei

quali oltre il 40% vengono espletati per via cesarea essendo la gran parte di queste gravidanze complicate da patologie ostetriche materno-fetali. La nostra Struttura costituisce, infatti, il Centro di riferimento regionale per la patologia ostetrica/neonatale e raccoglie la maggior parte delle gravidanze complicate sia per patologia materna che per patologia fetale. Particolare interesse è stato, negli anni, rivolto all'ipertensione gravidanza indotta ed all'assistenza clinica del ridotto accrescimento intrauterino del feto; analogamente, la Clinica Ostetrica e Ginecologica rappresenta un Centro altamente specializzato per l'assistenza della gravidanza complicata da diabete gestazionale e da minaccia di parto pretermine. Grazie ad una collaborazione stretta con i colleghi della neonatologia e della chirurgia pediatrica, il nostro Istituto è in grado di affrontare adeguatamente le patologie malformative fetali in utero e successivamente alla nascita, con esiti soddisfacenti. Altro settore di particolare interesse clinico riguarda la diagnostica ecografica, che si avvale anche della preziosa collaborazione di colleghi cardiologi limitatamente alla ecocardiografia fetale e doppler flussimetria, grazie alla quale possiamo diagnosticare e monitorare le patologie cardiache congenite fetali organiche e funzionali, ottimizzando la terapia farmacologica transplacentare prima e, successivamente, attuando un adeguato timing del parto. L'attività chirurgica comporta un volume di interventi di circa 1000 interventi l'anno. Negli anni, grande impulso è stato dato alla chirurgia ginecologica maggiore acquisendo specifiche competenze in campo chirurgico oncologico, nella chirurgia del pavimento pelvico e nella chirurgia laparoscopica operativa.

Attività di ricerca

In campo ostetrico, la Clinica Ostetrica e Ginecologica ha rivolto grande interesse allo studio dei meccanismi fisiopatologici alla base dell'ipertensione gravidanza indotta; in particolare è stata investigata l'azione della pompa sodio/potassio ATPasi nel condizionare l'insorgenza e la gravità dell'ipertensione in gravidanza gettando i

presupposti biologici del trattamento farmacologico con calcio-antagonisti. A questa prima fase ha fatto seguito lo studio cronobiologico per valutare le modificazioni circadiane della pressione arteriosa in gravidanza. Da un punto di vista immunologico, nell'ipertensione Gravidanza Indotta è stata dimostrata una aumentata reattività individuale mediata da un aumento della sottopopolazione T helper e della attività NK, ipotizzando un ruolo della reattività immunitaria locale placentare nella patogenesi dell'ipertensione gestazionale. E' stato approfondito il ruolo dell'Immunità cellulo-mediata nel travaglio, nel parto a termine e nel parto pretermine, dimostrando una aumentata reattività immunitaria nelle pazienti che vanno in contro a parto prematuro: aumento della sottopopolazione T helper e aumento della attività NK.

In campo ginecologico, è stato approfondito il ruolo della immunità cellulo-mediata nella sorveglianza dei tumori ginecologici e nell'endometriosi. In particolare, in oncologia ginecologica, grande attenzione è stata rivolta allo studio dell'attività citotossica naturale delle cellule natural killer ed alla possibilità di modularne l'entità attraverso l'Interleukina 2, l'Interleukina 12 l'Interferone alpha, lo Zinco. Analoghi studi sono stati condotti sulle lesioni preneoplastiche della cervice uterina con particolare riferimento alle lesioni virali da Papilloma Virus riconoscendo un significativo ruolo dell'immunità cellulo-mediata nell'insorgenza e nella progressione di queste lesioni.

Alla fase della sperimentazione "in vitro" ha fatto seguito la messa a punto di programmi clinici di immunoterapia per le neoplasie ginecologiche, con particolare riferimento alla patologia ovarica ed alla patologia preneoplastica della cervice uterina. Nell'endometriosi, è stato valutato il ruolo dell'attività natural killer dei linfociti del sangue periferico rispetto allo stadio di diffusione della malattia; è stata inoltre riconosciuta una interessante correlazione tra riduzione della reattività immunitaria naturale e livelli di 17 beta-estradiolo che ha gettato i presupposti per lo studio della modulazione immunitaria in corso di trat-



Dalla ricerca scientifica alla pratica clinica, basandosi sulle "evidenze"

tamento ormonale con analoghi del GnRH. E' stata quindi studiata l'attività chemio-tattica dei macrofagi nel sangue periferico di pazienti affette da endometriosi, al fine di definire una correlazione tra citotossicità naturale e risposta monocito/macrofagica.

Più recentemente è stato affrontato il grosso capitolo della Biologia dei Tumori Ginecologici. In particolare i temi affrontati sono stati: * l'attività proliferativa cellulare nei tumori ginecologici * le metalloproteinasi e l'invasività e metastatizzazione nei tumori ginecologici

* gli oncogeni ras, erbB-2, il genen soppressore p53 nei tumori ginecologici

L'attività proliferativa cellulare, l'espressione delle metalloproteinasi (collagenasi tipo IV), l'espressione del ras-p21, dell'erbB-2, della p53 sono state studiate nei tumori ginecologici e valutate come fattori prognostici. I risultati ottenuti sulle metalloproteinasi nel carcinoma della cervice uterina e nei tumori sierosi dell'ovaio sono stati particolarmente interessanti, indicando una significativa correlazione tra espressione della 72kDa-metalloproteinasi a livello delle cellule neoplastiche e rischio di disseminazione metastatica linfonodale, disseminazione metastatica a distanza, rischio di ricorrenza; l'indice di espressione della 72kDa metalloproteinasi si è dimostrato fattore prognostico indipendente nel carcinoma della cervice localmente avanzato.

Prof. G. Gioele Garzetti
Clinica Ostetrica e Ginecologica
Università di Ancona

L'attività proliferativa, valutata con l'anticorpo MIB-1, può contribuire a fornire informazioni di valore prognostico nei tumori della corticale del surrene

McNicol A.M., Struthers A.J., Nolan C.E., Hermans J., Haak H.R. *Proliferation in adrenocortical tumors: correlation with clinical outcome and p53 status*. Endocrine Pathology vol.8 no.1, 29-36, 1997

Scopo del lavoro: il lavoro si prefigge tre scopi: il primo è quello di correlare l'indice MIB-1 con il comportamento biologico di una serie di neoplasie della corticale del surrene, il secondo è quello di mettere in evidenza una eventuale correlazione fra la espressione della proteina p53 e l'attività proliferativa e il terzo è quello di stabilire se la proteina bcl-2 possa avere un ruolo nella patogenesi dei tumori adrenocorticali

Pazienti e metodi: sono stati studiati 14 adenomi e 40 carcinomi surrenalici. Lo studio è stato effettuato su sezioni in paraffina utilizzando anticorpi mono e policlonali: MIB-1 (Immunotech- Luton, UK), bcl-2 (Dako, High Wycombe, UK), p53 (Scottish Antibody Production Unit, Carluke, UK). Il numero di nuclei positivi all'anticorpo MIB-1 è stato espresso in percentuale (su 2000 nuclei). L'analisi statistica è stata effettuata usando il Test di Mann-Whitney (per le differenze fra i gruppi per l'indice Mib-1), le curve di sopravvivenza e le curve di intervallo libero da malattia

Risultati: con l'anticorpo MIB-1 gli adenomi hanno avuto un range di positività fra 0 e 4% (mediana 0,23%) e i carcinomi fra 0,15 e 25,1% (mediana 3,3%). La p53 è stata dimostrata solo in 20 carcinomi. Non si sono identificate differenze per l'indice MIB-1 fra casi p53 positivi e negativi. Nessun tumore ha mostrato espressione della bcl-2. I pazienti con indice MIB-1 inferiore a 3% hanno avuto sopravvivenza e intervallo libero da malattia signifi-

camente più lungo rispetto a quelli con indice superiore a 3% (rispettivamente 97 mesi contro 35 e 50 mesi contro 11).

Commento: i carcinomi corticosurrenalici sono tumori rari e la maggior parte di essi possono essere riconosciuti in modo relativamente semplice basandosi su alcuni aspetti quali le dimensioni, la necrosi, l'atipia citologica e le mitosi. Non esiste tuttavia una correlazione diretta fra questi aspetti morfologici e il comportamento clinico. Esistono infatti carcinomi surrenalici molto piccoli o con aspetto istologico estremamente blando. In realtà non esiste un singolo criterio istologico in grado di distinguere un adenoma da un carcinoma. Tuttavia, la distinzione è molto importante poiché il carcinoma surrenalico è una neoplasia aggressiva associata con una prognosi infausta. In anni recenti, l'uso di marker in grado di identificare antigeni espressi dalle cellule in attività replicativa (fuori dalla fase G0), in particolare dell'anticorpo MIB-1, ha permesso di ottenere dati più precisi sulla attività proliferativa di queste neoplasie. In questo studio, l'attività proliferativa espressa come indice MIB-1 si è rivelata il singolo parametro più significativo nella definizione della malignità. La proteina p53 gioca un ruolo importante nella regolazione del ciclo cellulare e sarebbe ipotizzabile che tumori che esprimono la proteina abbiano anche un elevato indice proliferativo. Questo studio tuttavia non ha dimostrato differenza significativa fra carcinomi che esprimono la proteina e quelli che non la esprimono. La mancanza di espressione della bcl-2 infine sembra favorire l'ipotesi che la inibizione della apoptosi, cioè della morte cellulare programmata, non giochi un ruolo specifico nei tumori della corticale del surrene.

Questo studio, condotto su un numero significativo di carcinomi surrenalici, mette in evidenza l'importanza dell'attività proliferativa nella valutazione della malignità e sposta l'interesse dalla tradizionale conta delle mitosi, gravata da una elevata soggettività, alla valutazione attraverso marker immunoistochimici con maggiori garanzie di oggettività.

Prof.ssa Marina Scarpelli
Associato di Anatomia e Istologia
Patologica, Università di Ancona

La proteinuria è indice altamente significativo della evoluzione di una nefropatia

Luc Frimat et l'Association des Nefrologues de l'Est. *IgA+Nephropathy: prognostic classification of end stage of renal failure.* Nephrol, Dial, Transplant (1997) 12:2569-2575.

Introduzione allo studio: 20 Unità Nefrologiche della zona est della Francia, coordinate dal Centro dell'Ospedale Universitario di Nancy, hanno condotto un studio prolungato su un gruppo numeroso di Pazienti portatori di Glomerulonefrite IgA+.

Dal momento che a tutt'oggi non vi sono classificazioni cliniche o morfologiche unanimemente condivise, in quanto la patogenesi e la conseguente terapia di questa malattia è ancora ampiamente sub-Judice, gli A.A. hanno cercato attraverso una accurata analisi statistica di impostare una classificazione prognostica sui tempi di evoluzione verso la fase terminale di Insufficienza Renale (ESRF).

Protocollo di studio: Studio prospettico su 210 pazienti, tutti oltre 10 anni di età anagrafica, tutti sottoposti a biopsia renale diagnosticamente significativa, nel periodo 1987/1991, escludendo le possibili forme secondarie (S. di Schonlei-Henoch, Lupus, Cirrosi epatica).

Nel corso del follow-up (mediamente 5.6 anni con end-point al 31/12/96), 32 di questi pazienti sono andati persi.

Il punto 0 della malattia è stato considerato, per i Tiral, quello della diagnosi istologica, mentre l'out-point del follow-up è stato il raggiungimento dell'ESRF richiedente inizio della terapia Dialitica e/o Trapianto Renale.

Tutti i dati sono stati analizzati applicando il Mod. COX per analisi multivariate. Ciò ha dimostrato che il rapporto tra **tempo di scoperta della malattia (diagnosi istologica), evoluzione della pressioen arteriosa (D. e S.), proteinuria/die, Creatinine sierica, livello circolante delle IgA e rischio di Insufficienza Renale terminale (ESRF)**, è lineare in *progressione logaritmica*.

Risultati: 173 pp. (82.4%) sui 210 con le caratteristiche previste dal Trial, erano maschi, di età media di 36.2 anni (10-76.7 a.). 123 pp. (60%) hanno avuto una flogosi precedente la comparsa di malattia, e 73 pp. (35%) una tonsillite (49 di Loro hanno effettuato Tonsillectomia). Nel quadro Clinico la **macroematuria post-infettiva** era presente nel 42% dei casi, la **microematuria** in 168 pp. (80%), la **proteinuria dosabile** in 160 casi (76%) e la **ipertensione arteriosa** in 64 casi (31%).

31 pp. hanno raggiunto la fase di ESRF primadel termine del Trial e 10 pp. sono deceduti prima di raggiungere l'ESRF.

Il primo risultato **significativo** è che l'istogramma degli scores analizzati (calcolando coefficiente di regressione della Cr. sierica, della proteinuria/die e del sesso) ha permesso di classificare i pp. in **2 gruppi con differente tempo di raggiungimento dello ESRF che è 3.5 volte più rapido per l'UOMO rispetto alla DONNA.**

Gli A.A. inoltre hanno ritenuto di poter suddividere la evoluzione della Loro casistica **maschile** in 3 Stadi:

- 1°) Creatinina < 1.3 mg% e proteinuria < 1 g/die;
- 2°) Creatinina < 1.3 mg% e proteinuria > 1 g/die;
- 3°) Creatinina > 1.3 mg% e proteinuria > 1 g/die.

Le probabilità di **non aver raggiunto** la fase di ESRF a 7 anni dalla diagnosi istologica è del 98.5% per i pp. in stadio 1; 86.6% per lo stadio 2; 21.3% per lo stadio 3.

Discussione e commento: anche in questo lavoro, come per gran parte degli AA., la proteinuria dosabile e superiore a 1 g/die viene indicata come fattore prognostico importante. Altre variabili (Macroematuria recidivante, Antigene HKA B-35 positivo, ipertensione in fase lieve) hanno un significato prognostico più scarso.

Le analisi dei risultati effettuati con una seconda modalità che ha preso in considerazione la Creatininemia alla diagnosi, la proteinuria die alla diagnosi e il sesso, cioè quella della utilità di impostare cicli di terapia cortisonica solamente in quei gruppi di pp. con GN IgA+ definiti "a rischio" in base alle caratteristiche soprariportate.

Bibliografia: *D'Amico G., Kidney Intern., 1994, 45: S132-133. *Frimat L., Hestin D., Aymard B., Mayeux D., Renoult E. and Kessler M., Nephrol, Dial, Transpl., 1996, 11: 1043-1047.

* Glasscock R.J., Nephrol, Dial, Transpl., 1994, 9: 1341-1343.

* Simon P., Rameé M.P., et AJ., Kidney Internat., 1994, 40:1192.

Prof. Vittorio Mioli

Primario Divisione di Nefrologia e Dialisi
 Azienda Ospedaliera Umberto I°, Ancona

L'alendronato a basse dosi previene la perdita di massa ossea nelle donne in post-menopausa sotto i 60 anni

D. Hosking, C.E.D. Chilvers, C. Christiansen, P. Ravn, R. Wasnich, P. Ross, M. McClung, A. Balske, D. Thompson, M. Daley and A.J. Yates for the Early Postmenopausal Intervention Cohort Study Group

Prevention of bone loss with alendronate in postmenopausal women under 60 years of age

N.Engl.J.Med.1998;338:485-492

Background e programma dello studio

La terapia sostitutiva con estrogeni previene l'osteoporosi nelle donne in post-menopausa inibendo il riassorbimento osseo, ma il rapporto rischio/beneficio di questa terapia a lungo termine rimane da definire. Non è altresì chiaro se altre terapie antiassorbitive possono prevenire l'osteoporosi in queste donne.

Pazienti e metodi: sono state studiate 1174 donne in postmenopausa di età inferiore ai 60 anni, alle quali è stato somministrato un bifosfonato, l'alendronato, alle dosi di 2.5 o 5 mg/die o placebo per un periodo di 2 anni. Altre 435 donne, nelle quali era previsto un trattamento estrogenico sono state poste in modo



randomizzato in uno dei protocolli suddetti (alendronato o placebo) o in trattamento ormonale aperto con estrogeni (estrogeni coniugati o estradiolo) e progestinici (medrossiprogesterone o noretindrone acetato). Il dato di maggior interesse consisteva nella misura con Dexa della densità minerale ossea a livello vertebrale lombare, del femore, dell'avambraccio e "total body" prima e dopo 1 e 2 anni di trattamento. Lo studio completo è previsto durare 6 anni.

Risultati: Nelle donne trattate con placebo, si è verificata una diminuzione della densità ossea in tutti i distretti studiati, mentre nelle donne trattate con 5 mg di alendronato la densità ossea è aumentata significativamente del 3.5% a livello vertebrale, del 1.9% al femore, del 0.7% all'esame "total body". Le donne trattate con 2.5 mg di alendronato hanno mostrato un minor aumento del contenuto minerale osseo. L'alendronato non ha aumentato la densità ossea a livello dell'avambraccio, ma ne ha rallentato la perdita. Il trattamento estro-progestinico ha indotto un aumento dell'1-2 % maggiore di quello ottenuto con 5 mg di alendronato. Quest'ultimo farmaco è risultato esser ben tollerato, con un profilo di sicurezza simile al placebo e agli estroprogestinici.

Conclusioni: L'alendronato previene la perdita ossea nelle donne in post-menopausa sotto i 60 anni di età con un'efficacia quasi simile a quella degli estroprogestinici.

Commento: L'osteoporosi è una malattia scheletrica diffusa caratterizzata da ridotta massa ossea e alterazioni microstrutturali che determinano un aumento della fragilità ossea e del rischio di fratture. Tra i soggetti maggiormente predisposti all'osteoporosi sono le donne con menopausa precoce spontanea o chirurgica e le donne dopo la menopausa, in particolare coloro che durante la giovinezza non hanno raggiunto, per motivi genetici, ambientali, abitudini di vita e vari fattori fisiopatologici, un picco di massa ossea adeguato. In tutti questi soggetti una valutazione della massa ossea con la densito-

metria a doppio raggio fotonico (Dexa) è necessaria per inquadrare la situazione e suggerire appropriati provvedimenti preventivi o terapeutici. E' oggi ampiamente dimostrato che sia la terapia estroprogestinica che i bifosfonati somministrati per un adeguato numero di anni e a dosi adeguate (10 mg per l'alendronato) sono in grado di aumentare significativamente la densità ossea nelle donne con osteoporosi post-menopausale e di ridurre la frequenza delle fratture (che è "l'endpoint" essenziale per questo tipo di terapia). Questo implica che un trattamento con uno di questi farmaci venga comunque suggerito a queste pazienti, la cui scelta sarà determinata da vari aspetti (economico, predilezione personale, presenza di fattori di rischio accentuati ovvero corretti dagli estro-progestinici, intolleranza, ecc.) Rimane invece da stabilire se anche soggetti teoricamente a rischio come le donne in post-menopausa ma non presentanti dati densitometrici francamente patologici possano trarre giovamento da un qualche intervento di tipo preventivo. E' noto come l'alimentazione ricca in calcio, l'attività fisica, l'esposizione al sole siano di per sé misure di prevenzione dell'osteoporosi. Tuttavia, non è assolutamente semplice modificare le abitudini di vita di soggetti di età relativamente avanzata, e talvolta può risultare impossibile per motivi oggettivi.

Lo studio multicentrico, presentato in questo articolo, coinvolgendo oltre 1500 donne in menopausa da almeno 6 mesi e di età inferiore ai 60 anni, ha affrontato il problema di una possibile alternativa farmacologica alla prevenzione dell'osteoporosi. Per questo sono state utilizzate dosi minime (da metà ad un quarto della dose convenzionale del bifosfato oggi più usato, l'alendronato), confrontandole con il tradizionale protocollo di sostituzione ormonale estro-progestinica. Il risultato è da definire soddisfacente, visto che anche le dosi impiegate si sono dimostrate capaci di aumentare la densità ossea nella maggior parte dei distretti valutati, (con effetto solo di poco inferiore a quello degli estro-progestinici) o perlomeno di evitare perdite di massa ossea.

Gli estro-progestinici rimangono natu-

ralmente il trattamento di prima scelta per le donne che vogliono evitare i sintomi della menopausa, diminuire i rischi cardiovascolari e proteggersi dall'osteoporosi e quindi dalle fratture. E' tuttavia alto il numero di soggetti che non gradiscono gli eventuali inconvenienti legati all'uso di estrogeni (con o senza progestinici) (tensione mammaria, pseudo-mestruazioni, ecc.) o temono per una ipotetica maggior predisposizione al carcinoma mammario o uterino. In questi casi, appare proponibile l'alternativa alendronato a basse dosi, visto anche che i possibili disturbi gastrointestinali non sono risultati più frequenti di quanto riportato con il placebo. Rimane da discutere l'opportunità e l'economicità di una prevenzione farmacologica generalizzata e protratta, che del resto è in corso di valutazione anche per altri problemi di salute delle donne in quell'età (vedi studio sull'effetto preventivo del tomossifene sul carcinoma mammario). E' verosimile che questo approccio vada indirizzato verso donne che pur essendo "normali" al momento della valutazione presentino qualche maggiore elemento di rischio per una possibile evoluzione verso la malattia. Il problema è destinato a divenire sempre più attuale visto l'enorme aumento dell'aspettativa di vita registratosi in questi ultimi decenni, da cui consegue che la donna possa vivere mediamente oltre un terzo della sua vita in post-menopausa.

Prof. Franco Mantero
Ordinario di Endocrinologia
Università di Ancona

Il Comitato Editoriale risponde

Gentile Direttore,
quali sono le possibilità attuali degli anticorpi monoclonali in diagnosi e terapia delle neoplasie umane?

Dott. Mauro Balducci
Sassocorvaro (PS)

Gli anticorpi monoclonali sono stati ottenuti nel 1975 in Europa sfruttando grandi intuizioni e tecniche di basso costo, che ne hanno fatto la scoperta della ricerca di base che più ha influenzato la pratica clinica. Tra le numerosissime applicazioni degli anticorpi monoclonali, la più attesa era quella per il trattamento dei tumori. L'iniziale modello denotava il carico di speranze che c'erano dietro gli anticorpi monoclonali, definiti magic bullets per il loro potenziale di indurre lisi di cellule esprimenti antigeni tumorali.

Gli approcci iniziali furono forse troppo semplificati e diedero non poche delusioni a coloro che per i primi li applicarono in Europa e soprattutto negli USA. Dopo qualche anno e sfruttando anche l'immenso bagaglio di esperienze acquisite dall'intera comunità scientifica nel mondo, gli anticorpi sono stati riproposti per la diagnostica delle lesioni tumorali di piccole dimensioni che possono sfuggire alle convenzionali tecniche di indagine. Questo è stato reso possibile impiegando diversi tipi di sostanze radioattive in grado di amplificare segnali debolissimi emanati da accumuli anche microscopici di cellule neoplastiche. Un altro contributo al miglioramento è venuto dall'incremento qualitativo dei sistemi di rilevamento.

Oltre ad applicazioni in medicina nucleare convenzionale, un'altra parte delle esperienze sono venute dalle ricerche di lesioni (principalmente secondarie) durante interventi chirurgici, la cosiddetta radioimmuno-guided surgery. Una recentissima espansione di questa tecnica viene dalla identificazione del "linfonodo sentinella", un prezioso ausilio prognostico per vari tipi di trattamenti chirurgici di tumori umani, principalmente della mammella.

Altri miglioramenti sono venuti da piccoli trucchi, trappole e sistemi di pulizia messi a punto da biologi e da medici, per assicurare un accumulo selettivo sulle

lesioni tumorali. Questo è stato ottenuto in due maniere. Da una parte si sono migliorate le prestazioni degli anticorpi riducendo nella massa (che spesso è troppo ingombrante o con tendenza ad accumularsi nei tipici organi di sequestro, quali polmone, milza, fegato e altro). Dall'altra si sono usati dei sistemi di marcatura e di miglioramenti che hanno completamente trasformato le applicazioni.

L'Italia ha avuto la fortuna di occupare un posto all'avanguardia per le applicazioni degli anticorpi monoclonali, da una parte favorita dal Progetto Finalizzato "Applicazioni Cliniche della Ricerca Oncologica" (ACRO) del CNR e da altre iniziative. D'altra parte anche numerosi gruppi italiani hanno prodotto reagenti che si adottarono specificamente a questa tecnologia.

Anche l'Università di Ancona ha avviato un progetto autonomo per la produzione di anticorpi monoclonali per applicazioni terapeutiche. L'Università ha finanziato il Laboratorio di Biologia Cellulare presso l'Istituto di Biologia e Genetica, dove sono iniziate le complesse e purtroppo assai costose preparazioni di ambienti e protocolli necessari per avere le approvazioni delle Agenzie regolatrici.

Altri contributi sono venuti dal Cariverona e soprattutto dall'AIRO che hanno compreso quanto sia più costosa e più impegnativa la preparazione dei ricercatori e tecnici coinvolti in tali ricerche che non l'acquisto di attrezzature, anche le più complicate. Ci si augura che questa fase sperimentale iniziale possa essere completata dall'apporto di competenze di giovani ed entusiastici ricercatori e d'altro canto da un adeguato sostegno finanziario per un periodo di 2-3 anni. Non si tratta di impegni a fondo perduto, né di investimenti gettati al vento: l'iniziativa può rendere rapidamente reagenti di ogni tipo per le strutture di ricerca dell'Università ed anche per applicazioni diagnostiche e terapeutiche per tutte le strutture della Regione.

Prof. Fabio Malavasi
 Istituto di Biologia e Genetica
 Università di Ancona

Gentile Direttore,
da circa due anni i DRG sono entrati nel processo di aziendalizzazione sanitaria. La loro influenza sul sistema è stata positiva o deve essere considerata negativa?

Dott. Francesco Panico
Macerata

Il termine DRG deriva dalle iniziali delle tre parole inglesi Diagnosis Related Groups, che in italiano sono state tradotte con *Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi*. In pratica i DRG costituiscono un sistema di classificazione dei pazienti trattati in ospedale utilizzato soprattutto per definire la tariffa di ciascun ricovero. Con questa classificazione è dunque possibile far corrispondere a ciascun ricovero un preciso valore economico stabilito come riferimento a livello nazionale dal Ministero della Sanità e rivisto poi a livello di ciascuna Regione.

Per ottenere l'attribuzione di ciascun ricovero al corrispondente DRG, al momento della dimissione vanno riportate alcune informazioni su una scheda che sintetizza i principali dati relativi al paziente ed alla assistenza fornita (Scheda di Dimissione Ospedaliera, SDO). Alcuni di questi dati, come l'età, la diagnosi principale, le malattie concomitanti e le eventuali complicanze e le procedure diagnostiche e terapeutiche effettuate vengono utilizzati da un apposito software (*il Grouper*) per attribuire ogni ricovero ad uno dei 492 DRG.

La tariffa prevista per ciascun DRG varierà poi a seconda che il ricovero sia stato in regime ordinario o in day hospital ed a seconda della durata del ricovero, in caso di ricovero ordinario. È importante sottolineare che il valore del ricovero risente molto poco della sua durata, in quanto sono previste solo tre tariffe: per i ricoveri brevi con al massimo una notte trascorsa in ospedale, per i ricoveri di almeno due notti ed infine per i ricoveri che durano oltre un valore soglia (di solito di molti giorni) diverso per ciascun DRG. Le tariffe per i ricoveri brevi di solito sono basse, si alzano molto in caso di ricovero di almeno due



notte ed hanno un incremento giornaliero piuttosto lieve in caso di durata abnormemente lunga. Sulla base di quanto sopra sintetizzato, oggi gli ospedali possono essere finanziati in base alla attività che svolgono. Il sistema dei DRG e delle relative tariffe consente in particolare il finanziamento della attività in regime di ricovero.

Vediamo ora le possibili implicazioni negative e positive di questo sistema. Cominciamo dalle negative:

- dal momento che gli ospedali vengono finanziati in base alla loro attività, essi tendono ad aumentare i ricoveri. Infatti, negli ultimi anni vi è stato in Italia e nelle Marche per questo motivo un aumento del tasso di ospedalizzazione;
- dal momento che ciascun DRG ha un diverso valore e che questo comunque aumenta quando il ricovero è di almeno due notti, vi è il rischio di comportamenti "opportunistici" sia nella codifica dei dati che nella organizzazione dell'assistenza;
- dal momento che, superate le due notti, il valore dei ricoveri non si modifica a meno che la loro durata non si prolunghi abnormemente, c'è il rischio di un eccesso di dimissioni anticipate;
- l'attenzione verso gli aspetti amministrativi della attività assistenziale rischia di distogliere l'attenzione dagli aspetti qualitativi del servizio;
- le tariffe possono essere mal determinate e quindi ipervalorizzare o sottovalutare una certa patologia.

Gli aspetti positivi sono:

- l'assistenza ospedaliera comporta costi elevati e va comunque confrontata con i relativi "ricavi" ed il sistema dei DRG è uno dei più diffusi al mondo per la valorizzazione dei ricoveri;
- il valore dei DRG non risente del numero di esami radiologici effettuati (con l'eccezione di quelli invasivi), degli esami di laboratorio richiesti, dei farmaci utilizzati, etc. E ciò spinge ad un uso razionale delle risorse;
- il personale sanitario, in particolare medico, è sfidato ad occuparsi degli aspet-

ti economici ed amministrativi dell'assistenza, il che è indispensabile al "risanamento" del sistema sanitario pubblico.

In definitiva, l'introduzione del sistema dei DRG non è di per sé né buono, né cattivo.

vo. Come ogni innovazione ha bisogno di sperimentazione, adeguamenti e controlli.

Dr. Claudio Maffei

*Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera
Umberto I, Ancona*

CONGRESSI, CORSI, SEMINARI, CONFERENZE

Notizie da "Villa Maria"

Il V Congresso Nazionale del Collegio dei Docenti di Odontoiatria svoltosi a Roma il 22-25 aprile u.s. ha visto l'Istituto di Scienze Odontostomatologiche dell'Università degli Studi di Ancona partecipare con numerosi lavori effettuati nell'ambito del progetto di ricerca svolto presso le Cattedre di Clinica Odontostomatologica e di Materiali Dentari. Tra questi si è distinto il poster presentato dal Dr. Piemontese, Minenna e Caselli, risultato vincitore del Premio: "Miglior lavoro di Chirurgia". In occasione del IV Congresso E.A.D.P. (European Academy of Dental Pediatrics) tenutosi in Costa Smeralda è stato conferito il Premio biennale "Guido Gallusi" bandito dalla Società Italiana di Odontoiatria Infantile e vinto dalla Dr.ssa A. Renda per il curriculum dell'attività prestata in pedodonzia nel periodo 1996-98.

La General Session del 23-27 giugno p.v. a Nizza dell'International Association for Dental Research vedrà la partecipazione dell'Università degli Studi di Ancona con un lavoro del Dr. A. Putignano ed altri, e ben 11 effettuati dalla Cattedra di Materiali Dentari (titolare Prof. F. Sampalmieri) alcuni sotto forma di posters, altri come oral sessions; si tratta di ricerche (frutto di collaborazioni con diversi Istituti dell'Ateneo anconetano, in special modo quello di Biochimica, nonché l'Istituto Superiore della Sanità e l'O.M.S.) che verranno presentate da professionisti e studenti del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria.

Il 22-23 maggio p.v. una delegazione dell'Istituto di Scienze odontostomatologiche, nelle persone del Prof. M. Procaccini e del Dr. L. Anelli, si recherà a Clermont-Ferrand (F) per la presentazione di un lavoro al Congres-

de Printemps della SO.F.C.P.R.E. (Soc. Francese di chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica). Dal 2 al 7 giugno alcuni collaboratori del Prof. M. Procaccini (Dr. L. Anelli, Dr.ssa P. Gabrielloni) presenteranno a Mainz (D) un poster alla 37^a E.O.S.-D.G.K.P.O. sulla crescita ossea.

Queste ed altre iniziative seguono incontri effettuati nei mesi scorsi, tra cui a gennaio l'organizzazione del III Convegno Odontostomatologico svoltosi a Roccaraso dove, in un ambiente disteso, in collaborazione con il Dr. Zavaglia, primario della Divisione di Odontostomatologia U.S.L. 7, sono stati trattati argomenti di alto carattere scientifico, nonché la partecipazione alle X Giornate di Odontoiatria Mediterranea organizzate a Napoli dal Prof. Valletta il 20-22 febbraio. Uno sforzo particolare è stato prodotto per l'estensione dell'attività conto terzi alle branche dell'Odontoiatria non in convenzione con l'intento di svolgere un'Odontoiatria all'avanguardia, sia sotto il profilo dell'innovazione tecnologica che del trattamento di pazienti con problematiche particolarmente complesse.

Ultimo ma non da ultimo, l'attività pratica svolta dagli studenti del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria è stata intensificata prevedendo una giusta frequenza degli stessi studenti nei vari reparti sia universitari che convenzionati A.S.L. grazie anche alla collaborazione del personale ospedaliero della Clinica.

Queste brevi note evidenziano lo spirito di effervescenza che sta permeando il mondo odontoiatrico, sia in campo nazionale, sia, con orgoglio, l'Ateneo dorico.

Prof. Maurizio Procaccini

Giugno - Luglio

GIUGNO

DATA	ORA	SEDE	ARGOMENTO	DOCENTE	SCUOLA
1-Giu	14-16	Aula Didattica Reuma Ospedale di Jesi	Il fenomeno di Raynaud	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
1-3 Giu	16-18	Aula Anatomia Patologica - Torrette	Corso di Aggiornamento in Anatomia Patologica	Prof. P.G. Isaacson	DS: I, DD, L
2-Giu	10-12	Polo Didattico Torrette	Responsabilità professionale	Dott. M.L. Cingolani	DU: tutti
2-Giu	11,30-13	Aula H - Polo Didattico	Organizzazioni di significato personale e psicoterapia (1)	Dott. B. Nardi	DS: U, R
2-Giu	12-13,30	Aula M - Polo Didattico Torrette	Responsabilità professionale aspetti deontologici	Prof. Rodriguez	DU: tutti
2-Giu	15-17	Aula Clinica Psichiatrica	Essere "paziente" - Motivazione operatività medica	Prof. G. Borsetti	DS: DD, U
2-Giu	16	Aula Clinica Medica Torrette	Malattie della trasmissione neuromuscolare con particolare riguardo alla Miastenia Gravis	Dr. A. De Stefano Tutore: P. Di Bella	DS: P, DD
3-Giu	8.30	Clinica Endocrinologica Ospedale Torrette	Discussione dei casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: R, CC, DD, GG
3-Giu	15-17	Aula audiovisivi dell'Istituto di Morfologia Umana Nor.	Biologia ultrastrutturale dei lisosomi nell'età pediatrica	Dott.ssa A.M. Cangiotti	DS: A, DD, T
3-Giu	15,30-17,30	Polo Didattico Torrette	Radicali e sistemi biologici	Dott. R. Gabbianelli	DS: C, G, I, N, AA, CC, GG
3-Giu	16-18	Auletta Dip. Biotecnologie Agrarie	Microbiologia delle industrie alimentari	Prof. F. Fatiche	DS: GG
3-Giu	17-19	Aula F - Polo Didattico Torrette	La teoria Jungiana degli archeti tra teoria dell'attacc. e teoria strutturale delle relazioni	Prof. F. Strumia AIPA Roma	DS: P, U, CC, GG DL: Medic.
3-5 Giu	15-17	Istituto di Radiologia	Radiologia interventistica vascolare	Dott. L. Salvolini	DS: EE
3-6 Giu	8,30-18,30	Auditorium Portonovo	Linee guida in Allergologia e Immunologia clinica	Federazione Italiana delle Soc. di Immunol.	Medici e Studenti
4-Giu	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE
4-Giu	11	Aula D - Polo Didattico - Torrette	Vaccini antitumorali ed Immunoterapia	Prof. U. Groham Univ. di Perugia	DL: Medicina
4-Giu	14,30-16	Aula di Anatomia Patologica - Torrette	Violenza sessuale	Prof. Rodriguez	DS: I, DD, LL
5-Giu	14-16	Aula della Clinica di Gastroenterologia	Gestione delle complicanze endoscopiche	Dr. E. Brunelli	DS: AA, D, H
5-Giu	15	Auletta Ist. Igiene - Torrette	Igiene degli alimenti	Prof. M. D'Errico	DS: GG
8-Giu	14-16	Aula Didattica Reumatologia Ospedale di Jesi	Artrite Reumatoide	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
8-Giu	15-17	Aula audiovisivi dell'Ist. di Morfologia Umana	Biologia ultrastrutturale dell'apparato respiratorio nell'età pediatrica	Dott. A.M. Cangiotti	DS: DD, T
9-Giu	11,30-13	Aula H - Polo Didattico - Torrette	Organizzazioni di significato personale e psicoterapia (2)	Dott. B. Nardi	DS: U, P



DATA	ORA	SEDE	ARGOMENTO	DOCENTE	SCUOLA
9-Giu	16	Aula Clinica Medica - Torrette	Potenziali evocati nella diagnostica neurologica	Dr. A. Boccadamo Tutore: Dr. M. Signorino	DS: P, O DU: Neuro., TDR
10-Giu	8.30	Clinica Endocrinologica Ospedale Torrette	Discussione dei casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: R, CC, DD, GG
10-Giu	15	Auletta Istituto Igiene Torrette	Statistica dei consumi alimentari Ecologia e Geografia dell'alimentazione	Prof. M. D'Errico	DS: GG
10-Giu	15-16,30	Aula E - Polo Didattico Torrette	Andrologia: protocolli diagnostici	Prof. F. Mantero, Dott. G. Arnaldi, Dott. G. Balercia	DS: CC, V
10-Giu	15-17	Aula Clinica Psichiatrica	Empatia e comunicazione. La dimensione psicologica nella Patologia organica	Prof. G. Borsetti	DS: DD, U
10-Giu	15,30-17,30	Polo Didattico Torrette	Ossido di azoto, NO sintetasi Perossinitrico: aspetti fisiopatologici	Prof. B. Mutus	DS: C, GG, N, I AA, GG, G, U, P
10-12 Giu	15-17	Istituto di Radiologia	Risonanza Magnetica: produzione d'immagini, semeiotica e metodologia clinica	Dott. A. Giovagnoni	DS: EE
11-Giu	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE
11-Giu	8,30-17,30 di Portonovo	Hotel La Fonte in Ematologia	Nuove frontiere della terapia	Prof. Leoni ed altri DD, HH, M	DS: G, R,
11-Giu	11	Aula D - Polo Didattico - Torrette	Biologia del comportamento: sesso ed aggressività	Prof. S. Parmigiani Univ. di Parma	DL: Medicina
11-Giu	13-14,30	Polo Didattico Torrette	<i>Clinical Round</i> di Citopatologia e Gastroenterologia	Dott. G. Svegliati Baroni, Dott. G. Maccari Dott. L. Bolognini	DS: H
11-Giu	15-17	Aula E - Polo Didattico - Torrette	Farmaci e Rene in Reumatologia	Prof. C. Cervini Dott.ssa R. De Angelis Dott. Pacchiarotti	DS: HH, CC, II, M, DD, LL, FF, V
11-Giu	16	Facoltà di Med. - Torrette	Neoplasie della vescica	Prof. M. Polito	DS: D, R, V
15-Giu	14-16	Aula Didattica Reumatol. Ospedale di Jesi	Il dolore lombare	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
16-Giu	15,30-17,30	Polo Didattico Torrette	Omeostasi glucidica	Dott. R.A. Rabini	DS: C, G, I, N, AA, CC, GG
6-25 Giu	15-17	Istituto di Radiologia	Clinica e imaging diagnostico nella Patologia d'organo e apparati: App. digerente	Dott. E. Bichi Se	DS: EE
17-Giu	8.30	Clinica Endocrinologi Ospedale Torrette	Discussione dei casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: R, CC, DD, GG
17-Giu	15-16,30	Aula E - Polo Didattico Torrette	Trattamento degli Ipostaturalismi	Prof. F. Mantero, Dott. F. Massi, Dott. C.M. Francuccio	DS: CC, T, DD
18-Giu	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE
18-Giu	13-15	Aula Igiene - Polo Didattico - Torrette	Studi epidemiologici applicati a problematiche alimentari	Prof. I. Annino	DS: L, GG
18-Giu	15,30-17,30	Polo Didattico Torrette	Modificazioni metaboliche nel Diabete	Dott. R.A. Rabin	DS: C, G, I, N, AA, CC, GG
19-Giu	15	Auletta Ist. Igiene - Torrette	Approvvigionamento idrico	Prof. M. D'Erric	DS: GG
19-Giu	15	Auletta Ist. Igiene - Torrette	Igiene della nutrizione Tossicologia alim.	Prof. M. D'Errico	DS: GG
19-Giu	17-19	Clinica di Gastroenterologia Torrette	Possibile utilizzazione del colore in diagnostica radiologica. La ricerca medica in Italia: il punto C.N.R.	Prof. V. Cavallo, Direttore I Cattedra Radiologia (Univ. La Sapienza)	DS: EE

DATA	ORA	SEDE	ARGOMENTO	DOCENTE	SCUOLA
20-Giu	9	Aula D - Polo Didattico Torrette	La riabilitazione della spalla dello sportivo traumatizzato	Prof. L. Provinci	DS: O, S D.U.: TDR
22-Giu	14-16	Aula Didattica Reumatologia - Osp. Jesi	Il dolore cervicale	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
23-Giu	11,30-13	Aula H - Polo Didattico	Organizzazioni di significato personale e psicoterapia (3)	Dott. B. Nardi	DS: U, P
24-Giu	8.30	Clinica Endocrinologica Ospedale Torrette	Discussione dei casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: R, CC, DD, GG
24-Giu	15-16,30	Aula E - Polo Didattico Torrette	Equilibrio acido-base	Prof. F. Mantero	DS: CC, AA
25-Giu	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE
25-Giu	11-13	Aula Igiene - Polo Didattico - Torrette	Studi epidemiologici applicati a problematiche di prevenzione	Prof. I. Annino	DS: L, GG
25-Giu	15-18	Auletta Igiene - Polo	La prevenzione primaria, secondaria e terziaria: obiettivi e metodologie	Prof. M. D'Erric	DS: AA, I, O, R, M, L
25-Giu	15,30-17,30	Polo Didattico Torrette	Metabolismo delle cellule tumorali	Dott. R. Staffolani	DS: C, G, I, N, AA, CC, GG, R
26-Giu	9-12	Auletta di Igiene - Polo Didattico Torrette	L'indagine Epidemiologica in corso di eventi epidemici	Prof. M. D'Errico	DS: AA, I, O R, L
29-Giu	14-16	Aula Didattica Reumatologia - Osp. Jesi	Il laboratorio in Reumatologia	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
30-Giu	9-12	Auletta Igiene - Polo Didattico - Torrette	Epidemiologia e prevenzione delle infezioni del sito operatorio	Prof. M. D'Errico	DS: AA, I, O, R, L, M

LUGLIO

1-Lug	8.30	Clinica Endocrinologica Ospedale Torrette	Discussione dei casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: R, CC, DD, GG
1-Lug	9-12	Auletta Igiene - Polo Didattico - Torrette	Il Decreto Legislativo 626/94: Prevenzione e protezione dei lavoratori	Prof. M. D'Erric	DS: AA, I, M, O, R, L
2-Lug	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. U. Salvolini A. Ducati - M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE
2-Lug	9-12	Auletta Igiene - Polo Didattico - Torrette	Le precauzioni di isolamento in ospedale	Prof. M. D'Errico	DS: AA, I, O, R, M, L
6-Lug	14-16	Aula di Reumatologia Ospedale di Jesi	La diagnosi per immagini in Reumatologia	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
8-Lug	8.30	Clinica Endocrinologica Ospedale Torrette	Discussione dei casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: R, CC, DD, GG
9-Lug	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. U. Salvolini A. Ducati - M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE
9-Lug	13	Polo Didattico - Torrette	<i>Clinical Round</i> di Citopatologia e Gastroenterologia	Dott. A. Giovagni Dott. G. Feliciangeli Dott. L. Bolognini	DS: H
10-Lug	9-13 14-19	Aula Didattica di Reumatologia Ospedale di Jesi	III Corso di Ecografia dell'apparato Locomotre	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF DL: Medicina DU: tutti



DATA	ORA	SEDE	ARGOMENTO	DOCENTE	SCUOLA
11-Lug	9-13	Aula Didattica di Reumatologia Ospedale di Jesi	III Corso di Ecografia dell'apparato Locomotore	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF DL: Medicina DU: tutti
13-Lug	14-16	Aula Didattica di Reumatologia Ospedale di Jesi	Le spondiloartriti sieronegative	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
15-Lug	8.30	Clinica Endocrinologica Ospedale Torrette	Discussione dei casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: R, CC DD, GG
16-Lug	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE
20-Lug	14-16	Aula Didattica di Reumatologia Ospedale di Jesi	Le artriti reattive	Prof. W. Grassi	DS: O, S, FF
22-Lug	8.30	Clinica Endocrinologica Ospedale Torrette	Discussione dei casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: R, CC DD, GG
22-Lug	16-18	Aula E - Polo Didattico Torrette	Il metodo clinico in Reumatologia	Prof. C. Cervini	DS: O, S, FF, DD, EE, HH, N, II, LL
23-Lug	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE
29-Lug	8.30	Clinica Endocrinologica Ospedale Torrette	Discussione dei casi clinici	Prof. F. Mantero	DS: R, CC, DD, GG
30-Lug	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torette	Casistica clinica neuroradiologica	Proff. U. Salvolini A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE

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

LETTERE DALLA FACOLTÀ

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

Direttore Editoriale

Tullio Manzoni

Comitato Editoriale

Francesco Alò, Floriano Bonifazi,
Riccardo Cellerino, Armando Gabrielli,
Claudio Maffei, Fabio Malavasi,
Franco Mantero, Vittorio Mioli,
Leandro Provinciali, Giorgio Scalise,
Marina Scarpelli

Direttore Responsabile

Giovanni Danieli

Redazione: Roberto Canonici, Daniela
Pianosi, Daniela Venturini
Segreteria di Presidenza della Facoltà
di Medicina - Polo Didattico Scientifico,
Via Tronto 10, 60020 Torrette di Ancona
Tel. 071/2206046 Fax 071/2206049

Anno I - numero 1

Autorizzazione del Tribunale di Ancona
n. 17 - 1998