

# LETTERE

dalla

# FACOLTÀ



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

n. 2 Settembre 1998

Spedizione in abbonamento postale - art. 2 comma 20/C - Legge 662/96 - Filiale di Ancona

## Lettera del Preside

### Sommario

Lettera del Preside	1
EDITORIALE	
La ricerca biomedica	3
CONOSCERE LA FACOLTÀ	
Il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria	
Management sanitario: un'opportunità per la Facoltà di Medicina	5
IL POLO UNIVERSITARIO OSPEDALIERO DI ANCONA	
Immunologia Clinica	8
DALLA RICERCA SCIENTIFICA ALLA PRATICA CLINICA BASATA SULLE "EVIDENZE"	
I pazienti con ictus continuano ad avere quesiti irrisolti anche a due anni dall'evento morboso	
Il microchimerismo con cellule fetali è un nuovo meccanismo patogenetico delle malattie del tessuto connettivo	10
TRIBUNA	
Il Comitato Editoriale risponde	12
NOTIZIE	14
AGENDA	
Settembre-Ottobre 1998	15

**L'**esame di ammissione è il primo atto del nuovo Anno Accademico: il calendario prevede giovedì 10 la prova di ammissione per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, venerdì 11 per Odontoiatria e lunedì 14 per i sei Diplomi attivati; nel numero di domande presentate, Medicina, Odontoiatria e il Diploma di Fisioterapia confermano l'andamento degli anni precedenti, ossia la forte discrepanza tra la domanda e l'offerta: Medicina 424 domande per 90 posti; Odontoiatria 327 domande per 18 posti, D.U. Fisioterapista 406 domande per 30 posti; i Diplomi di Ostetrico/a, Ortottista, Tecnico di Laboratorio Biomedico e Neurofisiopatologo presentano un numero di domande appena superiori alla disponibilità dei posti (Ostetrico/a 49 domande per 15 posti; Ortottista 26 per 10; Tecnico di Laboratorio 31 per 15 e Neurofisiopatologo 16 per 10); infine per il D.U. Infermiere sono state presentate 199 domande per 200 posti a disposizione; questo diploma non richiederà quindi una prova di ammissione e tutte le domande saranno accolte, previa verifica della idoneità psico-fisica.

I dati confermano la forte attrazione che esercitano i due Corsi di Laurea (Medicina 5 domande per un posto ed Odontoiatria 18 domande per un posto!) e, tra i Diplomi, Fisioterapia; per questo ultimo, a parte l'interesse intrinseco e lo sviluppo della disciplina, esplicano un indubbio richiamo la breve durata del corso di studio e la possibilità di inserimento abbastanza precoce nel mondo del lavoro.

Intanto la Facoltà si prepara ad accogliere degnamente vecchi e nuovi allievi, rinnovandosi nei programmi e nelle

strutture. Tra le innovazioni culturali di quest'anno, i Forum di Facoltà, che si svolgeranno tutti i venerdì a partire da ottobre, dalle 12.30 alle 14.30; i Forum raccolgono insieme studenti in Medicina e in Odontoiatria, studenti dei sei Diplomi, studenti delle Scuole di Specializzazione, intorno a temi che devono costituire un patrimonio culturale irrinunciabile di tutti coloro che operano nella Sanità: Etica, Storia della Medicina, Economia e managerialità, Sistemi di qualità, Uso del computer in Medicina.

Due sono gli obiettivi che questi Forum si prefiggono, il primo dei quali è curare uno spirito di squadra: Medici, Infermieri, Specialisti, Tecnici delle professioni sanitarie sono tutti figli di Esculapio, hanno cioè tutti la stessa finalità di preservare la salute e permetterne, in caso di malattia, il recupero; devono pertanto collaborare, integrarsi, condividere obiettivi, devono avere momenti comuni di formazione, opportunità d'incontro e di dialogo.

La Facoltà quindi inaugura un primo modello di didattica interprofessionale, a cui ne seguirà un altro nel quale piccoli gruppi, costituiti da diverse figure professionali, discuteranno un problema di salute, portando il proprio contributo alla soluzione, nel proprio ruolo e con la propria competenza; in questi gruppi di formazione interprofessionale, la partecipazione del Medico di Medicina Generale, l'anello mancante nel processo formativo, secondo la definizione coniata nel '90 dai Presidenti dei CCL e dalla Società Italiana di Medicina Generale, questa partecipazione potrebbe costituire una concreta integrazione didattica.



Il secondo obiettivo del Forum è ovviamente quello di completare la formazione scientifica degli studenti con altri ambiti culturali e quindi mettendoli a contatto con problemi di Etica e di Storia della Medicina e fornendo loro competenze ed abilità in Economia e Informatica, al fine di adeguare l'insegnamento al dettato del nuovo Ordinamento didattico.

Si va sviluppando, in questi mesi, un complesso progetto di riorganizzazione delle risorse informatiche della Facoltà, che interessa sia gli aspetti organizzativi ed amministrativi che quelli più propriamente didattici.

Un primo progetto, vicino ormai al completamento, prevede la creazione di banche-dati che raccolgano da un lato i compiti e le attività di ciascun docente e dall'altro la struttura organizzativa, le articolazioni ed i programmi di ciascun Corso ufficiale, e questo nell'ambito dei Diplomi di Laurea, di Specializzazione e delle Professioni sanitarie.

La crescente complessità organizzativa, dovuta all'aumento dei Diplomi e dei Corsi e alla riorganizzazione della didattica nella Facoltà di Medicina, alla luce del nuovo Ordinamento (didattica opzionale, sistema dei crediti, etc.), crea la necessità di disporre di sistemi automatici di raccolta ed analisi delle informazioni al fine di poter gestire in modo efficiente i carichi di lavoro e la distribuzione delle risorse.

Ora, il passaggio da un sistema cartaceo di raccolta di dati ad un sistema informatizzato, richiede ovviamente il superamento di una "barriera energetica", un investimento iniziale fatto di fatica e tempo "perso" per ogni Docente, un impegno non sollecitato, che sarà

comunque ampiamente ripagato una volta raggiunto un sufficiente livello di razionalizzazione.

E' ovvio che, nei prossimi mesi, un analogo sforzo di progettazione e di realizzazione sarà indirizzato alla creazione di banche dati che raccolgano le attività di ciascuno studente e che ne documentino le fasi formative.

La Facoltà si sta poi impegnando per mettere a disposizione di Studenti e Docenti le enormi risorse che l'impiego dei computer e della rete internet mettono a disposizione dello studio e della pratica della Medicina.

Sono in fase di installazione, infatti, due aule attrezzate per la presentazione multimediale, un laboratorio didattico in cui, su postazioni collegate alla rete web, sarà possibile "allenare" gli studenti a sfruttare le risorse mediche, un atelier informatico, in cui quindici personal computer, alcuni dei quali collegati ad internet, sono lasciati in gestione agli studenti per l'autoapprendimento, la videoscrittura, il calcolo statistico e l'allestimento di presentazioni grafiche necessarie alla preparazione della tesi di laurea, di diploma, di specializzazione o in preparazione di meetings e seminari.

Intanto il 16 ottobre iniziamo con il Forum di Facoltà e con il Prof. Daniele Rodriguez che tratterà l'Etica in Medicina.

**Prof. Tullio Manzoni**  
Preside della Facoltà

## Forum di Facoltà

# Etica in Medicina

a cura di **Daniele Rodriguez**

16-23-30 Ottobre - 6-13 Novembre 1998, ore 12.30-14.30

Aula Magna della Facoltà di Medicina  
Polo Didattico Scientifico  
Torrette di Ancona

### 16 Ottobre 1998

*Scienza, coscienza e .... giurisprudenza*

Prof. Daniele Rodriguez

Ordinario di Medicina legale nell'Università degli Studi di Ancona

### 23 Ottobre 1998

*Quale etica per l'attuale operatore sanitario?*

Dr. Massimiliano Marinelli

Docente di Bioetica nell'Università degli Studi di Urbino

### 30 Ottobre 1998

*Etica della comunicazione in ambito sanitario*

Prof. Daniele Rodriguez

Ordinario di Medicina legale nell'Università degli Studi di Ancona

### 6 Novembre 1998

*Dal segreto professionale alla tutela della riservatezza dei dati inerenti alla salute*

Prof. Daniele Rodriguez

Ordinario di Medicina legale nell'Università degli Studi di Ancona

### 13 Novembre 1998

*Insegnamento dell'etica ed etica nell'insegnamento*

Prof. Paolo Benciolini

Ordinario di Medicina legale nell'Università degli Studi di Padova - Membro del Comitato Nazionale di Bioetica

# La ricerca biomedica

## Il quadro normativo

L'articolo 9 della Costituzione stabilisce che: "La Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica ...". L'articolo 33 aggiunge: "L'arte e la scienza sono libere e libero ne è l'insegnamento ...". Dopo dichiarazioni così promettenti, la realtà presenta qualche ombra: per la ricerca e l'innovazione tecnologica il nostro paese spende attualmente circa l'1,2% del prodotto interno lordo, cioè molto meno di quanto spendano altre Nazioni europee quali Francia (2,4%), Gran Bretagna (2,3%) e Germania (2,5%). Si può sperare che lo spirito europeo, oltre alla restituzione della "eurotassa", porti qualche novità positiva anche in questo campo!

Problemi esistono anche sul versante organizzativo, se si considera che nel nostro paese esistono cinque istituzioni pubbliche deputate al coordinamento e alla promozione dello sviluppo scientifico, in particolare in campo biomedico:

- Università, "sede primaria della ricerca scientifica" secondo la legge 168 del 1989. Ogni Università è dotata, in virtù della autonomia acquisita negli ultimi anni, di propri statuti, modalità di distribuzione delle risorse, regolamenti.

- Consiglio Nazionale delle Ricerche, cui compete la promozione delle attività di ricerca attraverso laboratori in proprio o in collaborazione con altri Enti.

- Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE), con il compito di indicare le linee generali di sviluppo e finanziamento della ricerca.

- Ministero della Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica (MURST), cui è demandato il compito di promuovere la ricerca scientifica e tecnologica in ottemperanza dell'articolo 9 della Costituzione. La realizzazione del MURST è avvenuta a circa 40 anni dalla approvazione della Costituzione!

- Ministero della Sanità, attraverso numerosi canali: Istituto Superiore della Sanità, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, fondi dedicati alla ricerca sanitaria finalizzata che le singole Regioni devono (dovrebbero?) individuare all'interno dei propri bilanci.

Forse sono maturi i tempi per la costituzione di un Ente che "coordini" gli Enti

coordinatori? Oltre ai finanziamenti nazionali sono da ricordare le possibilità di accedere ai fondi europei attraverso collaborazioni con gruppi di altre Nazioni della Comunità.

Nel campo della ricerca biomedica, a fianco della organizzazione pubblica, esiste una realtà privata che, come impegno di risorse umane e finanziarie, non è sicuramente inferiore a quella istituzionale: industrie farmaceutiche, fondi privati derivanti da contributi volontari. L'impegno di queste istituzioni è, in realtà, fondamentale per consentire a gran parte dei gruppi di ricerca il proseguimento e lo sviluppo delle proprie attività. A titolo di esempio basti ricordare che, nel 1997, i fondi distribuiti dalla Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) hanno ammontato a circa Lit. 45.000.000.000!

## Ricerca e sperimentazione clinica

L'obiettivo di qualsiasi ricerca biomedica coinvolgente soggetti umani deve essere il miglioramento dei criteri diagnostici, terapeutici e profilattici e la comprensione della eziologia e della patogenesi della malattia. Il progresso medico è basato su sperimentazioni che, almeno nell'ultima fase, coinvolgono soggetti umani.

Partendo dalla premessa che compito di ogni medico è la salvaguardia della salute e del benessere dei propri pazienti, le sperimentazioni cliniche si pongono come essenziale punto di contatto fra la esigenza di migliorare gli standard assistenziali verso tutti i cittadini, garantendo la disponibilità di nuovi trattamenti efficaci e tutelando dai rischi insiti in trattamenti non valutati, e la necessità di evitare sofferenze inutili, limitare gli inconvenienti, gli impegni, la riduzione della libertà personale che può essere insita nella partecipazione ad una ricerca.

Nella sperimentazione clinica il ricercatore inizia da una ipotesi che viene verificata prima in laboratorio e, successivamente, sull'uomo; anche ponendo particolare attenzione non sono del tutto evitabili, almeno in linea teorica, i rischi che questo passaggio può comportare. Nella storia recente sono presenti due episodi che hanno dimostrato quanto possa essere delicato questo momento: negli anni '60 venne immesso in commercio la talidomi-

de, un sonnifero che presentava caratteristiche particolarmente favorevoli; il suo uso in gravidanza provocò la nascita di numerosi bambini con gravissime malformazioni. Nei mesi scorsi si è assistito in Italia alla richiesta, da parte di una larga parte della opinione pubblica, del libero uso della cosiddetta Multiterapia Di Bella bypassando tutte le regole che portano al passaggio dalla sperimentazione all'uso clinico: i primi risultati di una sperimentazione correttamente condotta ne hanno confermato la inutilità e la tossicità.

Il rapido ricambio delle conoscenze mediche, la concorrenza scientifica fra ricercatori, la possibile presenza di interessi commerciali farmaceutici a fianco di alcune ricerche cliniche, possono rendere confuso il confine fra l'interesse per la ricerca clinica e l'interesse del ricercatore (persona o gruppo). Viene in mente la descrizione di donna Prassede: "per fare il bene bisogna conoscerlo; e, al pari di ogni altra cosa, non possiamo che conoscerlo con le nostre idee. Con le idee donna Prassede si regolava come dicono che si deve fare con gli amici: n'aveva poche; ma a quelle poche era molto affezionata..."

## Le regole della sperimentazione clinica

Il consenso informato è la regola base per la corretta conduzione di sperimentazioni cliniche (e, più in generale, per ogni atto medico). Il medico può suggerire, spiegare, proporre, caldeggiare una data terapia, ma non può assumere atteggiamenti coercitivi o paternalistici. Il problema che spesso si pone è quanto riesca ad essere "informato" il consenso che viene ottenuto dal paziente. Ascoltare cosa i pazienti (e i parenti) riferiscano di informazioni avute pochi giorni prima è, talvolta, fonte di sorpresa e di scoramento.

Più in generale le regole per la sperimentazione clinica sono stabilite dal D.M. 15 luglio 1997 che ha recepito la direttiva CEE 91/507. E' da ricordare, inoltre, che nel marzo 1998 è stato emanato il D.M. che riguarda i Comitati etici.

In sintesi, il D.M. stabilisce una serie di regole da osservare in caso di sperimentazioni cliniche che prevedono, tra l'altro, verifiche indipendenti sulle attività relative allo studio e sulla registrazione e



trasmissione dei dati; quantità e qualità delle informazioni disponibili, non cliniche e cliniche, relative ai prodotti in sperimentazione; standard qualitativi per la progettazione, esecuzione, monitoraggio, registrazione ed analisi degli studi clinici; regole per la raccolta del consenso informato e la riservatezza dei documenti.

La attuazione di queste regole ha comportato per la ricerca clinica risultati contrastanti: di fatto è sempre più difficile che vengano condotte ricerche che non ottemperino ai principi generali del rispetto per il paziente, del consenso informato, di una scrupolosa raccolta dei dati. Dall'altro la applicazione rigida di alcune norme può comportare difficoltà per la organizzazione stessa di alcune ricerche. Valga come esempio l'obbligo di stipulare una assicurazione per i pazienti che vengono inseriti in studi clinici che, in realtà, rende molto difficile la organizzazione di studi clinici "spontanei" proposti direttamente da ricercatori senza il diretto intervento di sponsor esterni.

La rigidità normativa e il formalismo applicativo, che è talvolta caratteristica tipicamente italiana ("tutto ciò che non è obbligatorio è vietato") può rendere difficile, per i nostri ricercatori, l'accesso a nuove molecole in tempi concorrenziali con gli altri gruppi europei. Molto spesso succede che, quando finalmente in Italia si può iniziare uno studio, sono già comparisi su riviste internazionali i risultati ottenuti in altre nazioni. Anche in questo caso non resta che sperare nell'entusiasmo europeo!

## Le fasi della sperimentazione clinica

La distinzione in "fasi" degli studi clinici ripercorre le diverse domande cui è necessario dare risposta:

- il farmaco (o la combinazione di farmaci) è tossico e quale ne è il dosaggio ottimale? (studi di fase 1)
- mostra efficacia in un ben definito gruppo di pazienti? (fase 2)
- è più o meno efficace della terapia abitualmente usata in questi pazienti? (fase 3)
- può provocare effetti a lungo termine e/o su vasta scala? (fase 4)

Dei due esempi citati in precedenza l'episodio della talidomide ha mostrato la necessità di particolare attenzione nella fase 4, mentre la Multiterapia Di Bella è stata invocata per la libera e gratuita prescrivibilità senza alcuna base di studi di fase 1 e 2.

Disegno dello studio (randomizzato o non randomizzato; aperto o cieco), obiettivi proposti (attenuazione di un sintomo, sopravvivenza, qualità della vita, ecc.), numerosità del campione in esame (che può variare da poche decine a molte migliaia di soggetti) sono caratteristiche di ogni studio e, in particolare di ogni fase: non è possibile affermare che un trattamento sia meglio di un altro se non ricorrendo ad uno studio randomizzato, che comprenda un numero elevato di pazienti e che si ponga uno o due chiari obiettivi principali: per esempio la sopravvivenza. In studi di questo tipo proprio la numerosità del campione costituisce, spesso, una garanzia di serietà dello studio, ma anche una grossa difficoltà per il ricercatore.

Invece, per determinare se una molecola sia dotata di attività antipiretica bastano pochi soggetti seguiti per un periodo di tempo piuttosto breve in uno studio aperto.

Le caratteristiche di una ricerca clinica si possono forse trovare in una frase di Sir Arthur Conan Doyle: "... l'uomo, a livello individuale, è un puzzle insolubile, mentre aggregato in gruppo diventa certezza. Voi non potrete mai prevedere ciò che un uomo farà, ma potrete dire con certezza ciò che un gruppo numericamente consistente si appresterà a fare. L'individuo varia, ma le medie restano costanti."

**Prof. Riccardo Cellerino**  
Ordinario di Oncologia medica  
Università di Ancona

**Il Bollettino è aperto alla collaborazione di tutti i Colleghi della nostra Regione, perchè costituisca per loro un punto d'incontro e un'occasione di dialogo.**

**La Redazione sarà pertanto lieta di ricevere e pubblicare Lettere al Preside, quesiti presentati dai Medici di Medicina Generale su problemi organizzativi e strutturali del Polo Universitario Ospedaliero di Ancona e su programmi culturali, nonchè quesiti medici specifici emergenti dalla pratica clinica e tutto quanto possa essere pertinente alla vita della Facoltà.**

# Il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria

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

L'iscrizione non è aperta a tutti, anche se, come vedremo in seguito, questo aspetto è, a tutt'oggi oggetto di controversie legali; comunque è un dato di fatto che, per iscriversi, occorre superare un esame di ammissione incentrato sulla risposta ad un questionario di 90 domande. I quiz riguardano argomenti di fisica, chimica, biologia, matematica. Negli anni precedenti erano preparati autonomamente in ogni sede da un'apposita commissione che sovrintende allo svolgimento del concorso, commissione, come è usanza, proposta dal Consiglio di Corso di Laurea, approvata dal Consiglio di Facoltà, cui segue il Decreto Rettorale di nomina. Da due anni a questa parte, per una maggiore uniformità di comportamento, le 90 domande a scelta multipla sono predisposte dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica. La data del concorso è fissata in tutte le sedi per il giorno 11-09-1998. Ad Ancona si svolgerà presso le aule del Polo didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia-Torrette. Le 90 domande sono contenute in un plico ministeriale sigillato, la cui apertura avverrà pubblicamente prima di dare inizio alla prova concorsuale.

I criteri di valutazione sono gli stessi in tutte le sedi come è specificato nel bando di concorso. Per quanto concerne la sede marchigiana, in questo anno accademico sono disponibili 18 posti e non 20 come negli anni passati. Questa diminuzione del 10% è stata concordata, sede per sede, a seguito di un incontro che i Presidenti dei corsi di Laurea hanno avuto con il Sottosegretario del Ministero della Università e della Ricerca Scientifica, dr Guerzoni.

In effetti il numero dei posti a disposizione deve essere proporzionato, obbedendo allo spirito delle leggi di istituzione dei nostri corsi di Laurea, alle strutture disponibili, intese come spazi per poter svolgere la didattica teorica, unità operative dove

svolgere la parte clinica, aule organizzate per le esercitazioni teorico-pratiche. Ogni sede ha quindi stabilito un numero "chiuso" o "programmato" che dir si voglia (in effetti a tutt'oggi il concetto non è chiaro!) in base ai parametri sopra esposti. Contro questa impostazione, ritenendo illegittimo il numero chiuso, ci sono stati una serie di ricorsi che hanno consentito l'iscrizione con riserva ad un numero superiore di studenti rispetto a quelli previsti dal bando di concorso. Senza entrare nel merito legale della questione, è chiaro che alla base di questa situazione c'è un vuoto legislativo che speriamo sia colmato in tempi brevi. Nel frattempo, per sfruttare al meglio le strutture, alcune sedi, come Ancona, hanno ridotto il numero dei posti disponibili, altre addirittura non hanno bandito il concorso per il prossimo anno accademico. Come specificato in precedenza, il corso si articola in cinque anni e prevede la frequenza obbligatoria sia per la parte teorica che per la parte pratica.

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

Particolare attenzione è rivolta nel nostro Ateneo alla parte pratica. Infatti una delle caratteristiche principali è data dal fatto che il corso di Laurea è professionalizzante; gli studenti possono usufruire di un'aula manichini, adibita alle esercitazioni in cui si simulano i tempi ed i modi operativi che in futuro dovranno essere eseguiti realmente sui pazienti. Pertanto su bocche e denti artificiali gli studenti, opportunamente seguiti, possono effettuare, ad esempio, restauri di conservativa (le otturazioni cosiddette!), preparazioni e restauri protesici, etc... Certo, una realtà è lavorare su manichini, altro è lavorare su pazienti, si potrebbe obiettare! Infatti gran parte delle esercitazioni prevedono le frequenze presso i reparti in cui si svolge l'attività odontoiatrica. Da questo punto di vista l'Istituto di Clinica odontoiatrica, sito in "Villa Maria", usufruisce della preziosa collaborazione dei colleghi ospedalieri, la cui azienda è in conven-

zione con l'Università. Le attività che si svolgono prevedono la chirurgia orale, l'odontoiatria conservatrice ed endodontica, la parodontologia, la pedodontia, l'ortodonzia e la protesi dentale. Gli studenti, a gruppi per lo più di 2-4, dapprima sono invitati ad osservare la pratica operativa, svolgendo spesso anche un compito di assistenza presso la poltrona odontoiatrica. Questa parte dedicata all'assistenza è importante anche se l'impulso giovanile sarebbe quello di operare il più presto possibile in prima persona. Poi subentra la possibilità di effettuare una parte pratica direttamente sul paziente, privilegiando i casi adatti alle capacità degli studenti, sotto l'attenta sorveglianza dei colleghi che collaborano per metterli nelle condizioni operative le più sicure possibili. E' ovvio che tutto ciò comporta tempi decisamente non brevi. E' intuitivo che se un collega esperto impiega ad esempio, trenta minuti circa per eseguire un restauro conservativo di media difficoltà, nel momento in cui deve eseguirlo in maniera didattica può raddoppiare o triplicare i tempi di lavoro che, a loro volta, saranno ancora diversi nel momento in cui è lo studente in prima persona ad operare. Questo aspetto è molto curato nel nostro corso di Laurea e già da questo nuovo anno accademico l'aspirazione è di intensificare la parte pratica che, non dimentichiamo è indissolubilmente legata all'efficienza delle strutture, all'impegno del corpo docente, del personale medico ed infermieristico, del personale amministrativo, nonché alla possibilità di usufruire di collaborazioni le più competenti possibili, ai mezzi economici a disposizione. Un altro aspetto interessante del nostro corso di laurea è che si cerca di svolgere la gran parte della didattica teorico-pratica nella stessa sede fin dal primo anno proprio per dare agli studenti, dall'inizio, la possibilità di immergersi nel mondo odontoiatrico, cominciando a vivere la pratica, anche se, in effetti, l'obbligo delle esercitazioni è proprio dell'ultimo triennio. In ogni caso la frequenza presso le unità operative è aperta a tutti, disciplinando ovviamente l'accesso ai reparti nel rispetto sacro che occorre avere verso il paziente.

Inoltre, il concentrare quasi tutta l'organizzazione didattica in un'unica sede favorisce gli scambi di idee, di opinioni, di osservazioni fra i singoli studenti, fra gli studenti ed i docenti, fra i docenti stessi.



# Management sanitario: un'opportunità per la Facoltà di Medicina

A breve termine, si attende una revisione delle norme che, fin dagli anni 1992 e 1993, hanno avviato i processi di *regionalizzazione ed aziendalizzazione* nelle strutture sanitarie accreditate al S.S.N. Tale revisione dovrebbe apportare mutamenti ulteriori di natura funzionale, accentuando, in ogni caso, la diffusione di principi e metodi aziendalistici nel contesto assistenziale. Si consolida, quindi, la convinzione che i medici, ma anche gli infermieri, i tecnici, gli amministrativi, ecc., debbano continuare a corredare la loro preparazione professionale con l'apprendimento e con la capacità di applicazione di tecniche e di strumenti utili per una gestione efficiente delle Aziende Sanitarie. Il Legislatore, in vero, non delinea l'obiettivo strategico della produzione del profitto tramite l'erogazione delle prestazioni sanitarie da parte delle Aziende Sanitarie pubbliche. Il traguardo, di medio

periodo, da raggiungere è quello di far assumere, alla risorsa umana, coinvolta nella Sanità Pubblica, atteggiamenti favorevoli ad un utilizzo razionale delle risorse finanziarie che la Collettività destina al soddisfacimento dei suoi bisogni sanitari. Questo implica un cambiamento sostanziale in alcuni valori che caratterizzano l'attività degli operatori sanitari. In sintesi, prima o poi, si deve prendere atto che occorre perseguire l'efficacia clinica anche tramite un uso efficiente delle risorse limitate disponibili. Medici ed infermieri (ma anche ogni altra tipologia di soggetti coinvolti nell'assistenza sanitaria pubblica, senza esclusione degli stessi Pazienti) dovranno essere in grado di valutare anche gli aspetti economici di ogni atto clinico effettuato (o ricevuto, nel caso dei Pazienti). Di fatto, aumenta il livello di responsabilità dei medici non solo per miglioramenti nei risultati clinici raggiunti,

bensì anche per i livelli ed efficienza gestionale, conseguiti presso le Unità Operative, i Dipartimenti od i Distretti rispettivi.

Il ruolo delle Università pubbliche, nell'anticipare e nel sostenere questo mutamento nella Sanità Pubblica è, fin qui, poco soddisfacente. Fatta eccezione per alcune istituzioni universitarie private (Bocconi-Milano; Luiss-Roma; Cattolica-Roma) che da anni si premurano di svolgere attività di ricerca e di formazione, in tema di management sanitario, le soluzioni adottate da istituzioni accademiche pubbliche risultano scarse. Per altro, esse sono correlate ad iniziative, più o meno volontaristiche, di singoli docenti, invece che connesse a risposte di tipo istituzionale. In particolare, le Facoltà di Medicina e Chirurgia, ma anche quelle di Economia, di Ingegneria, di Sociologia, di Statistica, di Informatica, ecc., non mostrano di percepire la portata e la rilevanza del processo di *aziendalizzazione*, avviato dal Legislatore, con riferimento all'intero Servizio Sanitario Nazionale. Un mutamento quest'ultimo che offre spazi notevoli alla ricerca ed alla formazione nell'area della gestione aziendale delle strutture sanitarie pubbliche. È superfluo rammentare che, in non pochi Paesi occidentali, l'Università pubblica (oltre, ben inteso, quella privata) svolge, da decenni, un ruolo guida nella sperimentazione e nella didattica dedicate alla preparazione di medici ed infermieri in tema di efficienza gestionale applicata all'assistenza sanitaria pubblica. Il mondo accademico nazionale mostra, in ogni caso, un'attenzione crescente nel soddisfare le necessità conoscitive derivanti dalle trasformazioni in atto nel Servizio Sanitario Nazionale. Questo accade nonostante ostacoli consistenti, derivanti, per buona parte, dalle stesse normative universitarie (obsolete) che non prevedono ancora la possibilità di attivare insegnamenti specifici riguardanti la gestione innovativa delle strutture sanitarie. Va rilevato, comunque, come siano alcuni Atenei si stiano attivando in proposito. Ciò lascia ben sperare nel poter assistere, prima o poi, ad un'offerta universitaria pubblica in grado di risultare completamente a quella privata nelle aree di ricerca e di insegnamento a cui si fa riferimento.

Intanto, merita rilevare come la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ancona, da oltre quattro anni, sperimenta attività di ricerca e di formazione, in

## Segue da pag. 5: Il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria

La sede di "Villa Maria" può contare su 5 aule didattiche, su un'aula con 20 manichini, un laboratorio odontotecnico ed una biblioteca; tutte strutture che, anno per anno, con la collaborazione degli organi accademici superiori ed amministrativi, si cerca di potenziare; collaborazione che è la "condicio sine qua non" per continuare ad usufruire di un corso di Laurea unico nella Regione Marche, che sia sempre più all'avanguardia nel campo della didattica, della ricerca scientifica, dell'assistenza. In effetti particolare attenzione è dedicata alla ricerca, coinvolgendo nei giusti limiti gli studenti, indirizzandoli verso i congressi e le riunioni scientifiche più adatte al completamento della loro formazione culturale, alle loro necessità di apprendimento e di confronto.

I programmi di studio vengono così adeguati ai nuovi interessi culturali che si sviluppano nel settore odontoiatrico, di anno in anno, non rimanendo ancorati a schemi didattici che rischiano di divenire obsoleti, non al passo con le nuove metodiche e possibilità che la tecnologia e la ricerca mettono a disposizione dell'odontoiatria. Così per esempio si curano particolarmente gli apprendimenti in campo ortodontico, approfondendo i legami sempre più acclarati tra sistema stomatognatico e postura, rivalutando quei collegamenti che esistono tra l'odontoiatria ed altre specializzazioni

mediche, quali l'ortopedia, la neurologia, l'otorinolaringoiatria, la pediatria, etc...

Tutto questo si cerca di fare nella sede anconetana per insegnare agli studenti che oggi, parlare di denti significa parlare di argomenti complessi che presuppongono una conoscenza anche medica approfondita. E' dunque notevole lo sforzo e l'impegno di tutti i docenti, in prima linea dei colleghi che curano le discipline del biennio, impegnati nel dare una base solida di carattere generale nelle materia biologiche e, nel contempo, indirizzare in senso odontoiatrico il loro settore di insegnamento. Non si trascurano neanche le esigenze di approfondimento post-laurea, tant'è che sono stati organizzati due corsi di Perfezionamento in Odontoiatria Conservatrice ed in Implantologia, determinanti nella pratica quotidiana. Il nostro corso di laurea è di recente istituzione, a differenza del corso di laurea in Medicina e Chirurgia; per questo motivo non è ancora oggetto di riforme che modifichino il piano di studi in maniera radicale e la cui validità è da confermare nel tempo; l'ambizione è comunque quella di contribuire a porre i nostri laureati in una posizione di eccellenza nel panorama odontoiatrico nazionale, anzi, oggi dobbiamo dire europeo.

**Prof. Maurizio Procaccini**

Ordinario di Patologia Speciale  
Odontostomatologica, Università di Ancona

tema di *Management* Sanitario, tra medici, infermieri, ecc., ed economisti aziendali provenienti, questi ultimi, dalla Facoltà di Economia dello stesso Ateneo. L'attività svolta da questo gruppo di lavoro rappresenta un'esperienza molto soddisfacente con riferimento all'offerta di iniziative di ricerca applicata e di formazione, dedicate ai bisogni che provengono dalle innovazioni in corso nell'assistenza sanitaria pubblica. Si tenga presente che la stessa Facoltà richiamata opera all'interno di un'Azienda Ospedaliera (mista). Sulla base del lavoro svolto congiuntamente da medici, infermieri ed economisti aziendali si è consolidato un *team* interdisciplinare capace di offrire soluzioni alquanto diversificate. In sintesi, le iniziative di rilievo svolte (ed in corso di svolgimento) riguardano il soddisfacimento del bisogno conoscitivo sia degli studenti delle Facoltà di Economia e di Medicina che decidono di approfondire gli studi in tema di *management*, sia dei clinici responsabili, ormai, anche per i risultati gestionali conseguiti nell'ambito dell'attività assistenziale erogata. Inoltre, sul piano strettamente accademico, si sono concretate attività di ricerca applicata e di formazione su temi aziendalistici nell'ambito della stessa Facoltà di Medicina e Chirurgia. In proposito, va rammentato che si sono attivati corsi di *Management* sanitario sia all'interno della Scuola di Specializzazione in Igiene, sia nel Diploma Universitario dedicato agli Infermieri. Non pochi sono i supporti che vengono offerti per iniziative seminariali e congressuali, nelle aree di interesse citate, sia a livello nazionale sia internazionale.

La Facoltà di Medicina e Chirurgia, sulla base di tali risultati, organizza, nel corso del 1998, il gruppo interdisciplinare di lavoro in Osservatorio di Management Sanitario come suo organo di staff. Il ricorso ai servizi tecnico-scientifici forniti da tale organismo si accentua. I medici si confrontano con problemi derivanti dall'*aziendalizzazione* dell'attività sanitaria beneficiando di supporti tecnici forniti in modo organico. Tra l'altro, si realizza un'assistenza continua nelle fasi di avvio dei Centri di Responsabilità, della contabilità economica per la rilevazione ed il monitoraggio dei costi di produzione ed erogazione delle singole prestazioni sanitarie, e del controllo di gestione. Inoltre, la Facoltà di Medicina affronta in modo più appropriato dal punto di vista gestionale, l'analisi degli effetti

provocati dalla costituzione dei Dipartimenti assistenziali, dall'introduzione del Budget aziendale e del processo di *Budgeting*. La stessa Facoltà si appresta ad utilizzare l'organismo richiamato anche per migliorare il suo contributo propositivo alla definizione sia delle strategie aziendali dell'Azienda Ospedaliera in cui essa opera, sia del programma sanitario regionale come, per altro, è previsto dalla normativa.

Di recente, nel corso dell'estate 1998, alla luce del nuovo Statuto dell'Ateneo, la Facoltà di Medicina delibera la trasformazione di questo organismo in un Centro Interdipartimentale di *Management* sanitario. Questa decisione amplia non di poco le occasioni di sviluppo dell'attività avviata da tempo. In pratica, la Facoltà può disporre di un soggetto istituzionale cui potranno accedere altre strutture dell'Università degli Studi di Ancona. Di conseguenza, la gamma dei servizi disponibile per i medici interessati ad approfondire gli aspetti economico-aziendali dell'assistenza erogata e della stessa attività di ricerca clinica, si arricchisce di opportunità ulteriori.

In breve, le strutture operative migliorano ed aumentano anche le possibilità di autofinanziamento delle iniziative tese, soprattutto, alla formazione di giovani che, nell'ambito dell'Ateneo, decidano di dedicarsi allo studio, od alla preparazione professionale in *management* sanitario. In particolare, va evidenziata anche la possibilità, per la Facoltà di affrontare, con il supporto del Centro, progetti di formazione continua per medici, usciti da tempo dalle aule universitarie, coinvolti in responsabilità gestionali derivanti dalle innovazioni in corso nella Sanità Pubblica. A solo titolo di esempio, si consideri che la Facoltà di Medicina si accinge a fornire, entro tempi brevi, un Corso di Perfezionamento in *Management* sanitario, mentre continua la progettazione di attività, tese a consolidare la presenza della stessa Facoltà tra quelle Università che in Europa svolgono ricerca nel *Management* sanitario. Per altro, questo sforzo in atto, dovrebbe rappresentare uno dei presupposti per avviare, nei prossimi anni, processi di apprendimento a distanza, realizzabili con ricorso esteso alle opportunità della tecnologia informatica. D'altro canto, la stessa Università degli Studi di Ancona, beneficiando della presenza del Centro presso la sua Facoltà di Medicina, sta iniziando in queste settimane un progetto

sperimentale biennale, già finanziato dal Ministero della Sanità, dedicato alla costituzione di una Centrale di Bilanci delle Aziende Sanitarie. Questo programma, particolarmente complesso, coinvolge anche gli Assessorati alla Sanità degli Enti Regione delle Marche, dell'Emilia Romagna e del Friuli. È giusto evidenziare, infine, come alcune Società scientifiche mediche abbiano consolidato rapporti di assistenza con gruppi di lavoro, operanti nel Centro di *management* sanitario, al fine di individuare innovazioni utili per aumentare i livelli di efficienza in determinati contesti assistenziali. Anche in questo caso, appare evidente come l'interazione tra professionalità accademiche differenti (medici, economisti aziendali, statistici, ecc.) comporti capacità di intervento molto proficue e decisamente innovative.

Sembra superfluo sottolineare la lungimiranza dell'Ateneo anconetano ed, in particolare, della sua Facoltà di Medicina e Chirurgia, che, da anni, si è fatta carico di avviare una collaborazione tra *expertise* assai differenti in tema di *management* sanitario. Si dimostra, in tal modo, come anche una Università pubblica possa anticipare e predisporre ad affrontare seriamente la soluzione di bisogni conoscitivi decisamente nuovi, derivanti da mutamenti in corso nella Sanità Pubblica. Di certo, quanto concretato fin qui deve svilupparsi ancora. Non si è certo in grado, al momento, di appagare tutte le necessità scientifiche e conoscitive che i medici e gli infermieri incontrano mentre il Servizio Sanitario Nazionale prosegue il suo lento, ma irreversibile, processo di *aziendalizzazione*. Va notato, tuttavia, che il presupposto necessario per proseguire positivamente verso obiettivi più complicati è presente presso la Facoltà di Medicina di Ancona. Esso, in sintesi, consiste nell'aver dato prova oggettiva della convenienza, sul piano accademico e su quello operativo, di avviare *team* interdisciplinari, di profilo professionale elevato, per affrontare la complessità rappresentata dall'introduzione di logiche manageriali nella Sanità Pubblica. Il fatto, poi, che questa esperienza simile sia maturata e prosegua all'interno di una Università pubblica aggiunge qualche merito ulteriore a coloro che l'hanno ideata, avviata e, tenacemente, si propongono di migliorarla, via via.



# Immunologia Clinica

Una vera e propria guerra, fatta di grandi e piccole battaglie, si svolge ogni giorno nel nostro organismo a salvaguardia della nostra salute; in tale scenario si muovono le cellule del sistema immunitario, i linfociti, distinti in popolazioni e sottopopolazioni funzionalmente differenziate; in collaborazione con elementi di altri sistemi (macrofagi, fibroblasti, cellule endoteliali) essi organizzano e mantengono efficiente la difesa immunitaria; è ad essa che noi dobbiamo la sopravvivenza in un ambiente potenzialmente "ostile", nonchè la eliminazione di tutto ciò che di "diverso", di estraneo penetra o si forma all'interno dell'organismo. Il sistema immune, rappresentato in ogni organo ed apparato, sorveglia, proprio come un esercito ben organizzato ed efficientissimo, qualsiasi tentativo di invasione, intervenendo tempestivamente per impedirla, reprimerla o comunque limitarla. Svariate condizioni, soprattutto infezioni, farmaci, radiazioni, stress attentano alla integrità di questo esercito di instancabili soldati e producono alterazioni della regolazione immunitaria. Sorgono così le deficienze dell'immunità, ma anche le malattie da anomala risposta immune, le proliferazioni solo reattive ma anche quelle neoplastiche delle cellule immunitarie. Qualora si sospetti di trovarsi di fronte ad una di queste evenienze, è possibile verificare lo stato di efficienza del sistema immune: il numero, la distribuzione e la funzionalità delle cellule che lo compongono; l'efficienza della produzione di anticorpi; l'eventuale presenza di effettori della immunità responsabili di danni d'organo. In questo settore agisce il Servizio Regionale di Immunologia Clinica e Tipizzazione Tessutale, nato nel 1974 come Laboratorio di Immunologia Clinica in una stanza dell'Istituto di Patologia Medica, allora diretto dal Prof. Danieli, e successivamente espanso per un'attività sempre crescente.

Operativo dunque sin dai primi anni '70, istituzionalizzato con Legge Regionale n.20 del 2 novembre 1978, nel 1991 il Servizio è stato dalla Amministrazione Ospedaliera trasferito dalla Sede di Umberto I a quella attuale di Torrette, dove è stato ad esso assegnato uno spazio di circa 600 mq nel sotterraneo 1.

Tale spazio ospita l'Accoglienza pazienti, la Segreteria, un Ambulatorio

prelievi e tre Ambulatori per visite specialistiche, uno studio per il responsabile della struttura ed un'area per i Laboratori, che sono suddivisi in sezioni: laboratori per lo studio dell'autoimmunità, delle proteine, del complemento; laboratori per lo studio fenotipico linfocitario; laboratori sterili per le colture cellulari; laboratori per gli studi funzionali linfocitari; laboratori di tipizzazione HLA; laboratorio RIA; laboratori di biologia molecolare.

Il Servizio Regionale di Immunologia Clinica e Tipizzazione Tessutale rappresenta una struttura unica nella nostra Regione ed esistente in pochissime altre regioni italiane. Nata in un contesto universitario, trasferisce "in tempo reale" le nuove acquisizioni della ricerca immunologica alla applicazione clinica, costituendo così un complesso diagnostico di concezione moderna, ove le metodiche in uso sono continuamente rinnovate con tecnologie di avanguardia.

La *attività diagnostica* che vi si esegue riguarda le immunodeficienze congenite ed acquisite, le alterazioni immunitarie tipiche di diverse malattie infettive di cui possono essere la spia, le malattie autoimmuni, le immunoproliferazioni, lo studio immunologico delle mieloproliferazioni, lo studio dell'assetto immunitario in corso di patologia neoplastica e della sua risposta alle terapie antitumorali e/o immunologiche, lo studio della ricostituzione immunologica post-autotrapianto di midollo osseo o di cellule staminali emopoietiche, la valutazione a livello delle cellule circolanti o midollari di una ripresa della patologia ematologica che ha indotto l'autotrapianto, la evidenziazione biologica del rigetto degli allotrapianti.

Inoltre, nella Sezione di tipizzazione tessutale o HLA, si effettuano sia lo studio della istocompatibilità a scopo di trapianto, ora anche con metodiche di biologia molecolare, sia indagini in merito ad associazioni fra corredo genetico e malattie.

Per la sua attività il Servizio è da oltre 20 anni *Centro di riferimento per le Marche dell'Associazione di Immunogenetica e di Biologia del Trapianti (AIBT)* e dal 1988 *Sede Regionale dell'Italian Bone Marrow Donors Register (IBMDR)* - convenzione firmata dall'Ospedale con il Registro Nazionale di Genova); più recentemente, è

stato identificato dall'Istituto Superiore di Sanità quale *Centro di Coordinamento e di Riferimento per Marche, Abruzzi, Molise ed Umbria del Progetto ISS/CD4* per il controllo di qualità nello studio linfocitario dei pazienti con malattia da HIV per gli anni 1997-98. Tali attività, che pur comportano un onere aggiuntivo di lavoro, contribuiscono ad accrescere il prestigio del Servizio e consentono di ottenere finanziamenti per attrezzature e/o materiale di consumo.

Oltre al rilevante impegno in ambito diagnostico, il Servizio di Immunologia svolge una *attività clinica ambulatoriale* quotidiana di consulenza nell'ambito delle patologie e delle condizioni cliniche prima ricordate. Fra queste, di particolare rilevanza è l'Ambulatorio dedicato alle persone a rischio per, o affette da, Malattia da HIV. In tale ambito il Servizio, designato *"Centro Regionale per lo Studio e la sorveglianza dell'AIDS"* con delibera regionale n.381 SS/SAN del 4.2.1987, opera intensamente fin dal 1985; a tutt'oggi sono stati visitati oltre 4500 soggetti, per un totale di oltre 16.000 osservazioni, condotte anche nelle Carceri e nelle Comunità Terapeutiche per tossicodipendenti della Regione. Nell'anno 1997, sono state effettuate 117.963 prestazioni diagnostico-assistenziali erogate a pazienti ambulatoriali ed a ricoverati presso i presidi ospedalieri della Regione. Il rendiconto della attività svolta in quest'ambito viene trasmesso annualmente al Direttore Generale e al Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera e, per conoscenza, al Rettore ed all'Assessore Regionale alla Sanità.

Per quanto riguarda la *didattica*, il Servizio di Immunologia svolge un ruolo primario nell'insegnamento della Immunologia Clinica. Si può affermare infatti che per l'Immunologo Clinico il Laboratorio di diagnostica immunologica rappresenta quello che il fonendoscopio è per il Clinico puro. Per questo motivo, gli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ricevono, oltre alle lezioni teoriche di Malattie del Sistema Immunitario in Aula, una didattica pratica basata appunto sulla acquisizione, nel loro bagaglio di conoscenze, dei diversi esami specialistici immunologici, del loro significato biologico e del loro ruolo nell'iter diagnostico

dei pazienti con immunopatie, con malattie infettive, emopatie o sottoposti a trapianto d'organo o ad autotrapianto di cellule staminali. Tale didattica, che si articola in sedute realmente interattive tra il Docente e gli studenti utilizzando referti forniti dal Servizio o ancora in corso di esecuzione ed analizzando cartelle cliniche, si svolge nel pomeriggio dalle 14 alle 18-19, in due sedute consecutive per ogni singolo gruppo di studenti.

Inoltre, i discenti del Corso di Diploma per Tecnici di Laboratorio Biomedico frequentano i Laboratori del Servizio per apprendervi in via pratica le metodiche i cui principi vengono loro spiegati nelle lezioni formali.

Infine, seminari di taglio pratico vengono svolti a favore degli Specializzandi delle 12 diverse Scuole in cui sono insegnate materie immunologiche. Anche in questi Seminari, viene utilizzato materiale prodotto dal Servizio nella sua attività quotidiana, con scelta sia di situazioni paradigmatiche sia di casi particolari che si sono presentati alla osservazione negli ultimi mesi o giorni. La complessa attività didattica è svolta

dalla Prof.ssa Maria Montroni, nel ruolo sia di docente che di tutore, e dai suoi più vicini collaboratori, la Dr.ssa Chiara Bartocci, il Dottor Luca Butini, la Dr.ssa Christina Regnery e la Dr.ssa Cecilia Muñoz.

Da ultimo, l'attività di ricerca, importante soprattutto per una scienza "giovane" ed in continua evoluzione quale è l'Immunologia, è diretta all'approfondimento di particolari aspetti patogenetici delle diverse malattie immunologiche, ma negli ultimi anni si è soprattutto rivolta al campo della malattia da HIV. In quest'ambito giova segnalare che:

- due Ricercatori del Servizio, il Dottor Luca Butini ed il Dottor Guido Silvestri, hanno compiuto soggiorni di studio in USA ed in Canada, per 30 mesi ciascuno, approfondendo la loro preparazione e migliorando la loro impostazione scientifica nonché stabilendo un collegamento fra il Servizio e le strutture in cui hanno lavorato;

- Maria Montroni è stata titolare negli anni 1993-96 di progetti di ricerca finanziati dall'Istituto Superiore di Sanità

nell'ambito della lotta all'AIDS;

- Luca Butini, nell'ambito del medesimo progetto AIDS, dal 1993 al 1998.

Sono state promosse e mantenute collaborazioni con Istituzioni straniere quali il National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), NIH di Bethesda, l'Institut de Recherches Cliniques di Montréal (IRCM), il Laboratoire d'Immunopathologie du SIDA della Università di Losanna, oltre che con numerose strutture italiane di ricerca clinica e di base. L'équipe del Servizio ha prodotto e produce pubblicazioni scientifiche di buon livello.

I finanziamenti ricevuti per l'attività di ricerca sono utilizzati per compensi a personale non di ruolo e per l'acquisto di materiale di consumo, ma anche per integrare la dotazione di apparecchiature di cui il Servizio dispone, fra cui la rete di computers fornita di un software dedicato per la archiviazione e l'analisi dei dati relativi alla attività clinico-diagnostica per la malattia da HIV.

**Prof.ssa Maria Montroni**

Associato di Allergologia e Immunologia  
Clinica, Università di Ancona

Università degli Studi di Ancona - Azienda Ospedaliera "UMBERTO I"  
**SERVIZIO REGIONALE DI IMMUNOLOGIA CLINICA E TIPIZZAZIONE TESSUTALE**  
Elenco prestazioni diagnostiche

denominazione esame (sigla, sinonimo)	substrato	denominazione esame (sigla, sinonimo)	substrato
<b>Autoimmunità non organo specifica</b>			
<i>Immunità antinucleare:</i>			
Anticorpi anti-nucleo (ANA)	siero		
Ac. anti-DNA nativo	siero		
Ac. anti-ENA: Sm, SSA, SSB, RNP, Scl70, Jo1	siero		
Ac. anti-centromero	siero		
<i>Altri autoanticorpi:</i>			
Fattore Reumatoide (Ac. anti-IgG umane, di coniglio)	siero		
Ac. anti-Cardiolipina (ACA)	siero (*)		
Ac. anti-Citoplasma dei Neutrofili (ANCA)	siero		
Precipitine anti-C1q	siero		
Ac. anti-endomisio	siero		
Ac. anti-gliadina	siero		
Ac. anti-reticolina	siero		
<b>Autoimmunità organo specifica</b>			
Ac. anti-fegato:	siero		
anti-mitocondri	siero		
anti-muscolo liscio	siero		
anti-duttuli biliari	siero		
anti-LKM	siero		
Ac. anti-tiroide:	siero		
anti-tireoglobulina	siero		
anti-perossidasi	siero		
anti-recettore per TSH	siero		
Ac. anti-cute:	siero		
circolanti (test indiretto)	siero		
fissati (test diretto)	cutepaziente		
Lupus Band Test (LBT)	cutepaziente		
Ac. anti-cuore	siero		
Ac. anti-muscolo striato	siero		
Ac. anti-cellule parietali gastriche	siero		
Ac. anti-recettore per l'Acetilcolina (AChRA)	siero		
<b>Studi linfocitari</b>			
<i>Fenotipici:</i>			
Tipizzazione linfocitaria sangue periferico		2 provette EDTA (*)	(*)
Tipizzazione linfocitaria midollo osseo		aspirato midollare (*)	(*)
Tipizzazione linfocitaria lavaggio bronco-alveolare		BAL (*)	(*)
Tipizzazione linfocitaria altri substrati			(*)
Studio del repertorio V beta del TCR		3 provette EDTA (*)	(*)
<i>Funzionali:</i>			
Risposta proliferativa a mitogeni, antigeni		prel. sterile in EDTA (*)	(*)
Attività NK/LAK		prel. sterile in EDTA (*)	(*)
Citotossicità Ag-specifica		prel. sterile in EDTA (*)	(*)
<b>Tipizzazione tessutale</b>			
Tipizzazione HLA-ABC		sangue eparinato (*)	(*)
Tipizzazione HLA-Dr		sangue eparinato (*)	(*)
Ricerca dell'Antigene HLA-B27		sangue eparinato (*)	(*)
<b>Esplorazione funzionale del sistema complementare</b>			
Attività Complementare Emolitica Totale (CH50)		siero	
Frazioni del complemento:			
C1q, C1r, C1s, C2, C4, C3, Fattore B, (altre)		siero	
Prodotti di degradazione del complemento (C3d)		plasma EDTA	
Dosaggio C1 INH		plasma EDTA	
<b>Altri esami</b>			
Complessi Immuni Circolanti (C1q BA)		siero	
Crioglobuline		siero (**)	
Immunoelettroforesi sierica		siero (*)	
Immunoelettroforesi urinaria		urine	
Esame liquido sinoviale		provetta EDTA	
chimico-fisico, microscopico, immunologico			
(Fatt. Reumatoide, ANA, Complessi Immuni, C3d)			

N.B.: per esami da effettuarsi sul medesimo substrato è sufficiente l'invio di una sola provetta. (\*) Esami per i quali è richiesto l'invio di provetta individuale. (\*\*) Esami per i quali è necessaria la prenotazione (tel: 596-4097, 596-4870). (β) Esami per i quali è necessaria l'indicazione del sospetto diagnostico sull'impegnativa, peraltro opportuna anche per i rimanenti accertamenti. (\*\*\*) Esami per i quali il prelievo deve essere effettuato presso il Servizio di Immunologia.



# Dalla ricerca scientifica alla pratica clinica basata sulle "evidenze"

## *I pazienti con ictus continuano ad avere quesiti irrisolti anche a due anni dall'evento morboso*

Hanger, Walker, Paterson, McBride, Sainsbury. Department of Health Care of the Elderly, The Princess Margaret Hospital, Christchurch, New Zealand

What do patients and their carers want to know about stroke? A two years follow-up study

Clinical Rehabilitation 1998;12:45-52.

**Obiettivo:** Identificare quali sono le problematiche importanti per i pazienti con ictus ed i loro familiari. Stabilire se queste necessità cambiano nel tempo.

**Disegno di studio:** E' stato eseguito uno studio prospettico su pazienti giunti consecutivamente in ospedale con diagnosi di ictus in fase acuta. Ogni paziente è stato intervistato a 6 e 24 mesi dall'ictus. Inoltre un sottogruppo di questi (dimessi consecutivamente in un periodo di 2 mesi) sono stati esaminati anche a 2 settimane dalla dimissione.

**Setting e Soggetti:** Coorte di pazienti ospedalizzati sopravvissuti ad un ictus, intervistati a domicilio. Sono stati posti i seguenti quesiti:

1) Ci sono quesiti riguardo l'ictus che lei vorrebbe chiedere? (o che avrebbe voluto chiedere se ne avesse avuta l'opportunità?)

2) C'è qualcos'altro in merito al suo ictus che avrebbe voluto chiedere ma non ha potuto? (Indicazioni che possono essere date: guarigione, denaro possibilità di guidare, sesso, rischio di recidiva, cura domiciliare o altro?)

3) C'è qualche domanda che ha posto senza ricevere una risposta esauritiva?

4) C'è qualcos'altro relativo all'ictus che può aiutarla?

**Principali misure di outcome:** Documentazione dei quesiti posti dai pazienti.

**Risultati:** La mediana del numero delle domande poste dai pazienti a 2 settimane,

a 6 e 24 mesi, è rispettivamente di 3, 2 e 3.

Le domande circa gli aspetti basilari dell'ictus erano comuni ma diminuivano nel tempo. Il timore di una recidiva era presente nei tre periodi considerati.

Quesiti riguardo le sequele psicologiche dell'ictus divenivano prevalenti a 6 e 24 mesi. A 2 anni il 32% dei soggetti faceva domande circa la difficoltà di concentrazione e memoria mentre in minor numero sulla stanchezza, depressione e frustrazione. A due anni il 18% del campione era ancora incerto sulle proprie possibilità di ulteriore recupero.

**Conclusioni:** I pazienti con ictus continuano ad avere quesiti irrisolti anche a due anni dall'evento morboso. Il tipo di domanda posta cambia nel tempo.

**Commento:** In un periodo di profondo cambiamento della pratica medica appare cruciale conoscere quanto i pazienti si aspettano di sapere dai medici a riguardo della condizione morbosa responsabile della degenza ospedaliera. L'indagine di Hanger e Coll. identifica un problema aperto ed in fase di ampia evoluzione: l'aspettativa del paziente e dei suoi familiari va oltre la cura della malattia e comporta anche un'informazione accurata sulla condizione morbosa e sulle sue conseguenze. In genere tali informazioni sono fornite in maniera superficiale ed incompleta ma la conoscenza delle prospettive di vita del paziente che ha subito un ictus influenza la qualità di vita del paziente stesso e l'organizzazione dell'attività quotidiana, ricadendo quindi sulle misure di efficacia dell'assistenza.

Frequentemente le informazioni riguardanti le caratteristiche e l'evoluzione di una determinata malattia sono dettagliatamente illustrate dalle associazioni laiche che si occupano di tali condizioni morbose. Tale atteggiamento riduce le possibilità di interferire costruttivamente con il paziente da parte del medico e di avere un'adeguata collaborazione dai familiari. In molte unità cliniche, soprattutto all'estero, è promossa l'iniziativa di consegnare a pazienti e familiari un breve opuscolo che illustra le conoscenze necessarie per meglio affrontare la condizione morbosa e le sue

conseguenze. E' auspicabile che tale modalità trovi ampia diffusione nel nostro ambito assistenziale.

### REFERENZE:

- National Stroke Association "The Road Ahead: A stroke recovery guide"
- Anderson, Linto, Stewart-Wynne "A population based assessment of the impact and burden of caregiving for long term stroke survivors." Stroke 1995
- Pain, McLellan, "The use of individualised booklets after a stroke." Clinical Rehabilitation 1990
- Evans, Held "Evaluation of stroke education." Int J Rehabil Res 1984

**Prof. Leandro Provinciali**

*Ordinario di Neurologia  
Università di Ancona*

## *Il microchimerismo con cellule fetali è un nuovo meccanismo patogenetico delle malattie del tessuto connettivo*

Carol M. Arlett, J. Bruce Smith, Sergio A. Jimenez - Identification of fetal DNA and cells in skin lesions from women with systemic sclerosis. N Engl J Med 1998, 337, 118-123

**Background:** La sclerosi sistemica (SSc) è malattia ad eziologia sconosciuta, colpisce preferibilmente il sesso femminile e presenta una discreta somiglianza clinica ed istopatologica con la malattia da trapianto contro l'ospite.

Studi recenti mostrano che cellule fetali sopravvivono nella circolazione materna per molti anni dopo il parto, suggerendo che possono concorrere alla patogenesi della SSc inducendo una sorta di reazione da trapianto contro l'ospite.

**Metodi:** Utilizzando la reazione polimerasica a catena (PCR) sequenze nucleotidiche del cromosoma Y sono state ricercate nelle cellule del sangue periferico e nelle lesioni cutanee di donne con SSc di

recente insorgenza. Per confermare i risultati della PCR si è fatto ricorso ad ibridizzazione in situ su cellule del sangue periferico e su cellule degli infiltrati cellulari presenti nelle biopsie cutanee.

**Risultati:** Sono state studiate 69 donne con SSc e sequenze del cromosoma Y sono state rinvenute nel DNA delle cellule del sangue periferico di 32 pazienti (46%) ma solo in 1 dei 25 controlli sani (4%,  $p < 0.001$ ). Positivi sono risultati anche i linfociti T di 3 donne con SSc che avevano avuto figli maschi.

Sequenze del cromosoma Y sono state identificate anche nelle biopsie cutanee di 11 (58%) delle 19 pazienti studiate. Nove di queste avevano dato alla luce figli maschi. Cellule nucleate contenenti il cromosoma Y sono state identificate con la ibridizzazione in situ nelle biopsie cutanee incluse in paraffina di 7 donne i cui campioni cutanei contenevano sequenze nucleotidiche del cromosoma Y.

**Conclusioni:** Una reazione del tipo trapianto contro l'ospite condotta da cellule fetali può essere implicata nella patogenesi della SSc.

**Commento:** Le malattie autoimmuni sono caratterizzate da lesioni tissutali causate dal sistema immunitario che non è più in grado di distinguere il "self" dal "non self". Come questo accada non è ancora chiaro ed è prevedibile che più di un meccanismo sia operativo.

Recentemente è stato dimostrato che cellule maschili circolano nel sangue materno a distanza di 27 anni dal parto configurando uno stato di chimerismo (termine che indica la presenza in un organismo di cellule di un secondo individuo) che si potrebbe definire fisiologico. Da questa osservazione è scaturita l'ipotesi che le malattie autoimmuni potrebbero essere la conseguenza dell'attivazione, per motivi diversi, di queste cellule estranee.

In alcuni casi poi si realizzerebbe una sorta di graft-versus-host (malattia del trapianto contro l'ospite) e per via dei notevoli punti di contatto esistenti tra sclerodermia e graft-versus-host diseases e la

prima malattia indagata in questo senso è stata giustamente la sclerodermia.

Nel lavoro sopra riportato, la Dr.ssa Arlett ed i suoi Collaboratori mostrano che sequenze nucleotidiche, specifiche del cromosoma Y sono presenti più frequentemente ed in quantità maggiore nel DNA delle cellule del sangue periferico e delle biopsie cutanee delle donne con sclerodermia che in quelle di controllo. La maggioranza delle donne con reperti positivi aveva dato alla luce un figlio di sesso maschile. In aggiunta, DNA maschile è stato dimostrato con la tecnica della ibridizzazione in situ nei campioni di cute prelevata a pazienti sclerodermici.

L'ipotesi del microchimerismo con cellule fetali, per quanto suggestiva, non spiega però la malattia nei soggetti di sesso maschile o in donne che non hanno avuto gravidanze anche se altre fonti di microchimerismo potrebbero essere rappresentate da trasfusioni di sangue o dal contatto del feto con sangue materno, dato che cellule materne sono state dimostrate nel cordone ombelicale, indicando un traffico cellulare bidirezionale durante la gravidanza.

Rimane da spiegare il meccanismo tramite il quale le cellule fetali inducono la malattia. La Dr.ssa Arlett suggerisce che questo sia legato all'attivazione di linfociti CD3+ per la presenza di cellule maschili nel pool delle cellule CD3+ di tre donne con sclerodermia.

Purtroppo non sono stati studiati i linfociti CD3+ di donne normali con figli maschi.

Un altro aspetto poco chiaro è come sia possibile che un così basso numero di cellule, meno di 1 su 500.000 linfociti in base agli studi della Dr.ssa Nelson (Lancet 351, 559, 1998), possa indurre la malattia, anche perchè in base alla metodica impiegata dalla Arlett è da ritenere che il microchimerismo documentato nello studio non sia effettivamente maggiore.

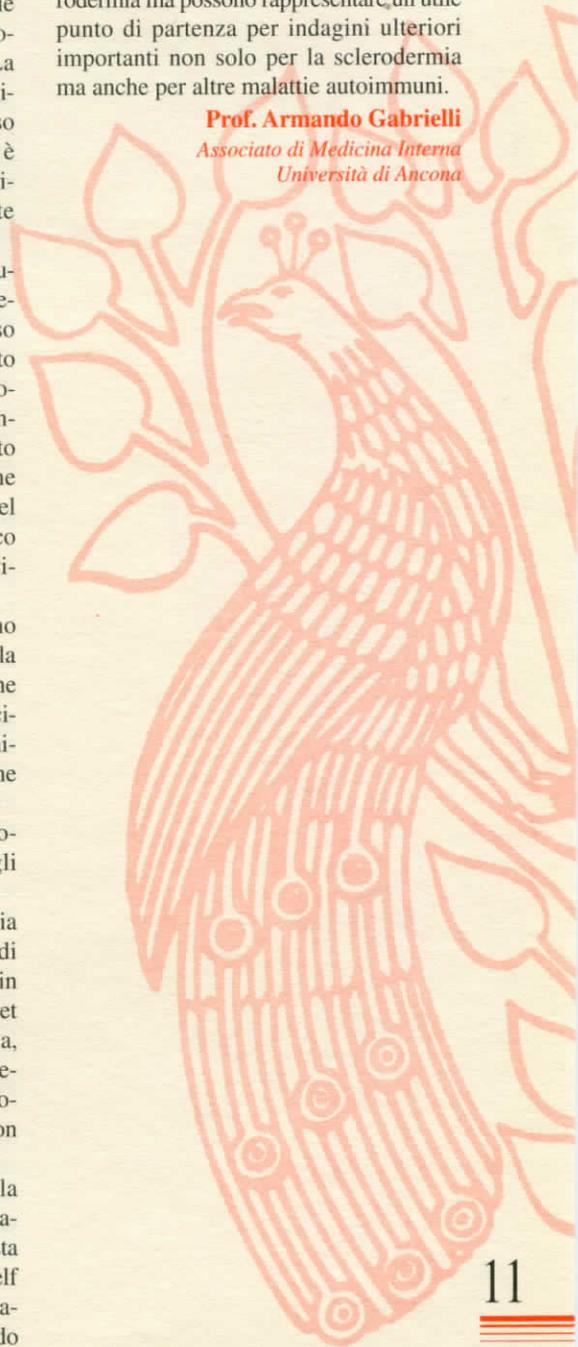
In alternativa si può pensare che la presenza di cellule estranee possa stimolare le cellule dell'ospite quel tanto che basta a facilitare la presentazione di antigeni self normalmente "tollerati" o a down regolare cellule immunoregolatrici facilitando

l'attivazione di cellule autoreattive.

La persistenza infine di microchimerismo potrebbe essere la conseguenza più che la causa della malattia.

In conclusione i dati presentati non sono sufficienti a stabilire un legame diretto tra microchimerismo e patogenesi della sclerodermia ma possono rappresentare un utile punto di partenza per indagini ulteriori importanti non solo per la sclerodermia ma anche per altre malattie autoimmuni.

**Prof. Armando Gabrielli**  
Associato di Medicina Interna  
Università di Ancona





## Il Comitato Editoriale risponde

**Gentile Direttore, in questi ultimi anni si sente parlare sempre più spesso di allergia al lattice di gomma. Esistono fattori di rischio per lo sviluppo di questa particolare forma di allergia?**

**Dr. Francesco Astorri**  
(Fermo)

In questo ultimo decennio l'allergia IgE-mediata verso il lattice di gomma, segnalata per la prima volta nel 1927, è divenuta una patologia dal crescente ruolo epidemiologico non solo in America, ma anche in Europa. L'aumentata incidenza di tale allergia appare principalmente legata ad un maggiore utilizzo di guanti e condomper la prevenzione delle malattie infettive, ma si ipotizza anche un aumento del contenuto di proteine allergeniche nei prodotti completati (come conseguenza di procedure di manifatturazione meno severe) nonché un probabile ruolo adiuvante svolto sulla sensibilizzazione allergica da parte di endotossine contaminanti i guanti.

Al momento attuale i principali fattori di rischio identificati sono rappresentati da un elevato grado di esposizione all'allergene, sia di natura professionale che non, e dalla presenza di un terreno atopico.

Se nella popolazione generale la prevalenza di sensibilizzazione al lattice risulta compresa tra lo 0,1 e il 6%, essa raggiunge percentuali decisamente allarmanti, fino al 67%, nei bambini portatori di spina bifida o altre malformazioni della sfera urogenitale. Questi pazienti infatti sono ripetutamente esposti al contatto con lattice durante i frequenti interventi chirurgici cui sono sottoposti, spesso fin dal primo giorno di vita, e in seguito a ripetute cateterizzazioni vescicali ed evacuazioni rettali manuali. Più numerose sono le procedure chirurgiche, maggiore è la probabilità di sviluppare un'allergia al lattice; ulteriori fattori di rischio sono costituiti dalla presenza di terreno atopico e di asma.

Molti pazienti sviluppano in sala operatoria, al momento dell'induzione, la loro prima reazione allergica da sensibilizzazione al lattice, fin dall'inizio sotto forma di grave reazione anafilattica, orticaria o broncospasma; la via di esposizione può essere inalatoria, cutanea, mucosale o intravascolare e si differenzia da caso a caso. Possono essere a rischio anche bambini

affetti da altre patologie (estrofia della vescica, paralisi cerebrale, sindrome di Dandy-Walker) che richiedono frequenti interventi chirurgici. L'allergia al lattice di gomma si rende responsabile di circa il 20% dei casi di anafilassi intraoperatoria. Gli operatori sanitari costituiscono un'altra categoria a rischio, in quanto circa il 3-17% risulta sensibilizzato; il rischio è maggiore se sono atopici, se sono asmatici e se sottoposti ad elevati livelli di esposizione (come ad esempio chirurghi ed infermieri di sala operatoria).

La dermatite da contatto con guanti di gomma sembra rappresentare un fattore di rischio in quanto può precedere lo sviluppo di una sensibilizzazione IgE-mediata, con conseguenti reazioni sistemiche, in più della metà degli operatori sanitari esposti.

Per ciò che attiene l'esposizione occupazionale al lattice di gomma in ambiente diverso da quello sanitario, sono a rischio anche i lavoratori delle industrie di gomma, nei quali è stata riscontrata una prevalenza di sensibilizzazione dell'11% con asma occupazionale da inalazione di particelle di lattice nel 6% dei lavoratori. Casi isolati di allergia al lattice possono anche verificarsi in pazienti con shunt ventricolo-peritoneali in assenza di spina bifida, con anomalie cloacali o estrofia vescicale; in questi soggetti non sono dimostrabili chiari fattori di rischio, l'unico denominatore comune appare costituito da interventi chirurgici frequenti e in età precoce.

Peraltro è tuttora sconcertante il fatto che molti dei pazienti segnalati in letteratura con anafilassi, a volte mortale, da cateteri per enteroclistomi di bario sembra non appartenessero ai gruppi di soggetti a rischio finora citati. Questo significa che esiste un ampio numero di soggetti sensibilizzati che rimane non ancora identificato ma a rischio di reazioni anche fatali da esposizione a lattice in corso di procedure medico-diagnostiche.

Infine un altro gruppo probabilmente a rischio, su cui sono orientati gli studi attuali, è costituito da pazienti allergici a determinati cibi; sono stati infatti segnalati casi di allergia alimentare con associata allergia al lattice sviluppatasi prima, contemporaneamente o dopo la sensibilizzazione di tipo alimentare. I cibi finora segnalati sono rappresentati da banana, avocado, frutti della passione, kiwi, albicocca, castagna,

uva, ciliegia, ananas, pesca, arachidi, noci e noccioline; le manifestazioni cliniche possono essere rappresentate da shock anafilattico, sindrome allergica orale, peggioramento di asma o eczema e disturbi gastrointestinali. La maggior parte delle allergie alimentari in pazienti allergici al lattice sono legate ad una cross-reattività immunologica. In assenza di dati più precisi sulla storia naturale dell'allergia al lattice di gomma e della sua relazione con l'allergia alimentare, appare comunque fondamentale indagare la presenza di allergia al lattice nei soggetti allergici agli alimenti, in particolare ai vegetali. Viceversa i pazienti allergici al lattice dovrebbero essere cauti nell'ingerire cibi identificati come cross-reattivi, soprattutto se il loro consumo viene fatto saltuariamente e se i dati anamnestici depongono per gravi reazioni anafilattiche al lattice.

**Dr. Floriano Bonifazi**  
*Servizio autonomo di  
 Allergologia respiratoria  
 Azienda Ospedaliera Umberto I, Ancona*

**Gentile Direttore,**  
 cosa si intende per day surgery? Quali sono gli interventi chirurgici che possono essere eseguiti in tale regime e cosa vuol dire in pratica un intervento in day surgery per i pazienti ed i loro medici curanti?

**Dr. Guglielmo Cherubini**  
*(Jesi)*

Il termine day surgery può essere tradotto come chirurgia di giorno o, come vedremo meglio più avanti, chirurgia di un giorno. Esso si riferisce alle possibilità di eseguire interventi chirurgici, anche di una certa complessità, con ammissione e dimissione del paziente nella stessa giornata o entro il mattino successivo. In questo modo la permanenza in ospedale del paziente si riduce al massimo e la struttura assistenziale non è impegnata a utilizzare "inutilmente" posti letto di area chirurgica potendo così concentrare l'assistenza in reparto ai pazienti che effettivamente ne hanno bisogno.

Quindi, lo sviluppo dell'attività di day surgery può portare benefici sia ai pazienti che alla organizzazione degli ospedali. Perché sia così bisogna affrontare alcuni problemi clinici, organizzativi ed amministrativi. Dal punto di vista clinico occorre selezionare bene sia i pazienti che gli

interventi chirurgici da ammettere al regime di day surgery. Gli interventi debbono essere a basso rischio di complicanze post-operatorie ed i pazienti debbono presentare caratteristiche sia in termini di età che di altre patologie concomitanti tali da assicurare circa la sicurezza di una dimissione anticipata. Inoltre, i pazienti debbono risiedere abbastanza vicino alla struttura ospedaliera per poterla immediatamente raggiungere in caso di problemi. Pur con questi limiti moltissimi interventi chirurgici, dalle ernie alla cataratta e passando per tanti altri interventi di tutte le discipline chirurgiche, possono essere eseguiti in day surgery. Dal punto di vista organizzativo l'attività di day surgery richiede un grosso sforzo per la esecuzione degli esami pre-operatori in fase pre-ricovero e per trovare il modo di "ospitare" i pazienti in una sede dedicata nella fase post-intervento.

Dal punto di vista amministrativo il potenziamento della attività di day surgery (che può consentire l'esecuzione fino al 50% degli interventi chirurgici attualmente eseguiti in regime di ricovero ordinario) ha bisogno che la Regione preveda per lo stesso una adeguata tariffazione. Infatti, attualmente il "valore" dei ricoveri è molto più alto quando vengono trascorse almeno 2 notti in ospedale, con poche eccezioni tra cui gli interventi di ernia inguinale e di cataratta che sono già premiati da tariffe appena ridotte in caso di ricovero in day surgery. La Regione Marche ha in corso di approvazione delle tariffe per così dire premianti per un numero maggiore di interventi chirurgici.

In futuro è prevedibile un notevole sviluppo della day surgery come già sta avvenendo in diversi altri paesi. Ciò si tradurrà in una migliore assistenza ai pazienti che si troveranno a dover trascorrere il minor tempo possibile in ospedale. Per l'organizzazione ospedaliera ciò si tradurrà in una riduzione dei posti letto di area chirurgica e in un maggior impegno organizzativo per una gestione più "rapida" dei pazienti.

Per i medici curanti non cambierà nulla in quanto la struttura ospedaliera dovrà farsi carico sia dei controlli pre- che dei controlli post-intervento, con la sola differenza, rispetto ad oggi, che gli stessi verranno eseguiti a livello ambulatoriale con un percorso dedicato che non coin-

volgerà il medico di Medicina Generale.

In definitiva, la day surgery sarà uno dei modi in cui cambierà nei prossimi anni la vita degli ospedali, sempre più orientati a ridurre la presenza notturna dei pazienti ed a aumentare l'efficienza dei servizi diurni. Ciò richiederà in area chirurgica una maggiore operatività dei servizi di sala operatoria, che, come noto, sono oggi la "strozzatura" organizzativa che più limita la buona funzionalità delle unità operative chirurgiche. Da ultimo si ricorda come le stesse tecniche chirurgiche si stiano oggi orientando verso approcci meno invasivi (laparoscopici, endoscopici, etc.) che sono il terreno ideale per lo sviluppo delle attività di day surgery.

**Dr. Claudio Maffei**  
*Direttore Sanitario  
 Azienda Ospedaliera Umberto I, Ancona*

**Gentile Direttore,**  
 ho letto con interesse il suo Editoriale, comparso sul primo numero delle Lettere della Facoltà, il quale faceva il punto sul concetto della Medicina Basata sulle Evidenze. Gli enunciati presenti nell'articolo, mi paiono di tipo generale e quindi applicabili alle diverse specialità mediche e chirurgiche. Tuttavia, sarebbe forse opportuno che, in una medicina sempre più specialistica, la fase di acquisizione dei dati, che passa attraverso quelli che con termine generale e molto pratico, sono definiti 'Laboratori', fosse guidata dagli stessi principi ispiratori. E' possibile studiare approcci personalizzati per le diverse strutture che concorrono alla formulazione della diagnosi?

**D.ssa Marina Fratini**  
*(Fermo)*

*Ho chiesto alla Prof.ssa M. Scarpelli di rispondere a questa cortese lettera, per competenza specifica. (G.D.)*

Il concetto della Medicina Basata sulle Evidenze, è destinato a diventare sempre più importante nella didattica della Facoltà di Medicina e in quella delle Scuole di Specialità. Infatti, solo un medico abituato fin dall'inizio del suo corso di studi a valutare criticamente la massa d'informazioni disponibili attraverso la ricerca bibliografica 'in rete', sarà in grado di utilizzare a vantaggio del suo paziente le informazioni acquisite.



Segue da pag. 13:

**Il Comitato Editoriale risponde**

Questo concetto stimola senza dubbio il medico pratico a mettere in discussione le basi scientifiche della propria attività professionale. In campo 'laboratoristico', alcuni servizi specificamente coinvolti nell'attività diagnostica, quali ad esempio i Laboratori di Anatomia Patologica, sono chiamati a riesaminare i loro metodi di diagnosi. In un editoriale pubblicato nel 1996 dal Journal of Pathology, organo ufficiale della società di Anatomia Patologica di Gran Bretagna e Irlanda, il dr. K.A. Fleming, focalizza, a mio giudizio molto bene, i due punti fondamentali del problema. In particolare: la riproducibilità intere e intrapersonale e la rilevanza dei dati morfologici per la diagnosi, il trattamento e la prognosi. Il problema della riproducibilità intere e intrapersonale è ben noto.

Un riesame critico della letteratura mette chiaramente in evidenza che la riproducibilità è bassa anche quando si tratti di identificare aspetti morfologici classici come ad es. l'attribuzione del grado e del tipo istologico del carcinoma della mammella o la profondità di invasione di un melanoma maligno. Molti patologi ritengono che il problema della bassa riproducibilità sia parte integrante di una specialità 'soggettiva' come l'Anatomia Patologica e che, di fatto, un'alta riproducibilità intrapersonale sia la cosa più importante dal momento che i 'loro clinici' conoscono le entità di cui stanno parlando. Tuttavia, la diagnosi istologica è la base per la decisione terapeutica e non può essere basata su criteri gravati da una bassa riproducibilità.

Molte cose possono essere fatte per migliorare lo stato dell'arte. In particolare i patologi dovrebbero per prima cosa realizzare che questo problema esiste. Un approccio 'basato sulle evidenze' dovrebbe essere incoraggiato e inculcato nella disciplina attraverso l'insegnamento nelle scuole di specialità. Nella lettura degli articoli nei quali si discute di criteri morfologici, particolare attenzione dovrebbe essere indirizzata ai valori del  $k$  statistico. Infine, bisognerebbe concentrarsi su quegli aspetti che sono riconoscibili con elevato grado di riproducibilità e clinicamente rilevanti e abbandonare quelli che non lo sono. Sicuramente il trattamento del paziente (e la vita del patologo), ne trarrebbero grande giovamento.

**Prof.ssa Marina Scarpelli**  
Associato di Anatomia Patologica  
Università di Ancona

## Notizie

### Primo Corso di Chirurgia tiroidea

Ancona

30 settembre - 1 ottobre 1998  
Ospedale Umberto I - Sede di Torrette

*Clinica di Endocrinologia dell'Università di Ancona*

*Unità Operativa di Chirurgia Generale  
dell'Azienda Ospedaliera Umberto I - Ancona*

#### 30 Settembre

##### **Il gozzo**

Epidemiologia e clinica, diagnostica, indicazioni all'intervento chirurgico e strategia chirurgica

*Moderatori:* Prof. A. Riccardi, Prof. A. Vecchi

*Relatori:* A. Taccaliti, M. Nonni, G. Argalia, P. Caramia

##### **Gli ipertiroidismi**

Clinica e terapia, diagnostica, indicazioni all'alcolizzazione, strategia chirurgica

*Moderatori:* Prof. F. Mantero, Dr. G.M. Giuseppetti

*Relatori:* F. Mantero, G. Argalia, M. Ferretti, R. Rocchetti

##### **Il nodulo tiroideo**

Diagnostica intergrata, strategia chirurgica, follow-up

*Moderatori:* Prof. G. Fabris, Dr. S. Faragona

*Relatori:* G.M. Giuseppetti, P. Cinti, A. Vecchi, M. De Nictolis, C.E. Amadi, G. Bianchelli

#### 1 Ottobre

##### **Forum di videochirurgia**

Anatomia chirurgica della tiroide e delle regioni limitrofe, tecnica chirurgica dei vari interventi

*Moderatore:* Dr. U. Braccioni

*Relatori:* M. Belvederesi, A. Cavicchi, S. Faragona

##### **Ripresa e video trasmissione in diretta degli interventi di:**

Resezione tiroidea per struma  
Tiroidectomia totale per M. di Basedow e neoplasia tiroidea. Paratiroidectomia  
Discussione degli interventi praticati  
Terapia post-operatoria e delle complicanze

*Relatore:* Dr. F. Massi

## Servizio di Ortognatodonzia

La Clinica Odontoiatrica ex "Villa Maria" dell'Università degli Studi di Ancona ha istituito un servizio di ortognatodonzia in cui la popolazione può risolvere le problematiche legate a tutte queste malformazioni e non solo al puro e semplice rispetto di una ideale architettura dentale. Non si tratta di un mero lavoro di riposizionamento degli elementi dentari (ovvero ciascuno al proprio posto), bensì si cerca di ottenere con la terapia ortodontica uno stato di armonia

dentale, considerando in tal modo la bocca come "la parte di un tutto", ossia di un viso, nonchè di un individuo. Per far ciò ci si avvale della professionalità di medici esperti che, presso questa struttura, operano nel maggior rispetto dell'essere umano tenendo in considerazione diversi fattori, tra cui il costo sociale che le patologie orali occupano, nel desiderio di migliorare il quadro epidemiologico generale delle problematiche dentarie.

*(Prof. Maurizio Procaccini)*

# Settembre - Ottobre

## Settembre

Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
3-settembre	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE
10-settembre	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini, A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE
14-settembre	9,00-11,00	Aula Istituto di Igiene	Approvvigionamento idrico e qualità dell'acqua, problemi igienico-sanitari	Prof. M. D'Errico	DS: GG
14-settembre	16,00	Aula M - Polo Torrette	Anatomia chirurgica dell'uretere	Prof. M. Polito G. Muzzonigro	DS: V, I, D, EE
15-settembre	9,00-11,00	Aula Istituto di Igiene	Approvvigionamento idrico e qualità dell'acqua, problemi igienico-sanitari	Prof. M. D'Errico	DS: GG
15-settembre	16,00	Clinica Urologia Ospedale Umberto I	Presentazione e discussione dei casi clinici	Prof. M. Polito G. Muzzonigro	DS: V, I, D
16-settembre	9,00-11,00	Aula Istituto di Igiene	Approvvigionamento idrico e qualità dell'acqua, problemi igienico-sanitari	Prof. M. D'Errico	DS: GG
17-settembre	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE
17-settembre	18,00	Aula Didattica Ospedale Salesi	Protocolli diagnostico-terapeutici nell'aborto ricorrente	Prof. G.G. Garzetti Dott. A. Ciavattini	DS: I, N, T, CC
18-settembre	13,30-15,00	Clinica di Gastroenterologia	Round di Gastroenterologia e Citopatologia	Dott. A. Benedetti G. Macarri	DS: D, H, R
21-settembre	16,00	Aula M - Polo Torrette	Valutazione dei rischi operatori	Prof. M. Polito G. Muzzonigro	DS: C, AA, D, R, V, II, CC
22-settembre	16,00	Clinica Urologia Ospedale Umberto I	Presentazione e discussione dei casi clinici	Prof. M. Polito G. Muzzonigro	DS: V, I, D
24-settembre	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini A. Ducati M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE

## Ottobre

1-ottobre	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE
8-ottobre	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE
12-ottobre	16,00	Aula Clinica Ortopedica Ospedale Umberto I	Lesioni traumatiche dell'uretra e del bacino	Prof. M. Polito G. Muzzonigro L. De Palma	DS: V, S, O, D, EE
13-ottobre	16,00	Clinica Urologia Ospedale Umberto I	Presentazione e discussione dei casi clinici	Prof. M. Polito G. Muzzonigro	DS: V, I, D
15-ottobre	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica clinica neuroradiologica	Prof. U. Salvolini A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	DS: A, P, EE



Data	Ora	Sede	Argomento	Docente	Scuola
15-ottobre	18,00	Aula Didattica Ospedale Salesi	Protocolli diagnostico-terapeutici nell'ipertensione in gravidanza	Prof. G.G. Garzetti Dott. A. Ciavattini	<b>DS:</b> I, N, T, CC, C, DD
19-ottobre	16,00	Aula M - Polo Torrette	Complicanze infettive della chirurgia urologica	Proff. M. Polito G. Muzzonigro	<b>DS:</b> V, L, D, M, O, II, MM
20-ottobre	16,00	Clinica Urologia Ospedale Umberto I	Presentazione e discussione dei casi clinici	Proff. M. Polito G. Muzzonigro	<b>DS:</b> V, I, D
22-ottobre	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. U. Salvolini A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	<b>DS:</b> A, P, EE
29-ottobre	8,30-10,30	Neuroradiologia di Torrette	Casistica Clinica Neuroradiologica	Proff. U. Salvolini A. Ducati, M. Scarpelli L. Provinciali	<b>DS:</b> A, P, EE

**DL:** Diploma di Laurea, **DS:** Diploma di specializzazione, **DU:** Diploma Universitario

**A:** Anatomia Patologica, **B:** Chirurgia Vascolare, **C:** Cardiologia, **D:** Chirurgia Generale, **E:** Chirurgia Plastica e Ricostruttiva,

**F:** Chirurgia Toracica, **G:** Ematologia, **H:** Gastroenterologia, **I:** Ginecologia ed Ostetricia, **L:** Igiene e Medicina Preventiva,

**M:** Malattie Infettive, **N:** Medicina del Lavoro, **O:** Medicina Fisica e Riabilitazione, **P:** Neurologia, **Q:** Oftalmologia,

**R:** Oncologia, **S:** Ortopedia e Traumatologia, **T:** Pediatria, **U:** Psichiatria, **V:** Urologia, **AA:** Anestesia e Rianimazione,

**BB:** Dermatologia e Venerologia, **CC:** Endocrinologia e Malattie del ricambio, **DD:** Medicina Interna, **EE:** Radiodiagnostica,

**FF:** Reumatologia, **GG:** Scienza dell'alimentazione, **HH:** Allergologia e Immunologia, **II:** Geriatria,

**LL:** Medicina Legale, **MM:** Microbiologia e Virologia

## 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

### Stampa

Errebi srl - Falconara

Anno I - numero 2

Aut. del Tribunale di Ancona n. 17 - 1998