



# SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO ON LINE  
[www.smorrl.it](http://www.smorrl.it)

## SOMMARIO

### EDITORIALE

- 1** Nuove disposizioni in materia di Educazione Continua in Medicina  
 • di D. Scopelliti

### ATTUALITA' SCIENTIFICA

- 2** Prevenzione del tromboembolismo venoso: approccio sanitario da adottare  
 • di R. Sarcinella, C. Riccioni, A. Izzo, G. Palermo, F. Castelli
- 5** Riabilitazione vascolare nel paziente flebopatico: nostra esperienza  
 • di R. Sarcinella, C. Riccioni, M. Liguori, A. Izzo, G. Palermo, F. Castelli
- 7** Traumatologia in età pediatrica. Trattamenti endodontici e riabilitazione conservativa nelle fratture degli elementi dentali decidui e permanenti  
 • di F. Di Stefano, D.M. La Vecchia, L. Agostinelli, O. Cipriani

### AGENDA DELLA SCUOLA

- 12** ECM: corsi proposti per novembre - dicembre 2008

## A V V I S O

**DAL 17 NOVEMBRE AL 5 DICEMBRE SONO APERTE LE ISCRIZIONI AI CORSI SEMESTRALI DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE PROFESSIONALE PER L'ANNO ACCADEMICO 2008-2009**

## NUOVE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

■ di **Domenico Scopelliti**  
*Presidente della Scuola Medica Ospedaliera*

Cari Soci, penso sia utile per tutti noi riassumere qualche dato relativo al “Riordino del Sistema di Formazione Continua in Medicina” rinnovato per il triennio 2008-2010, che prevede l’acquisizione, per ogni operatore sanitario, di 150 crediti formativi (più precisamente di 50 l’anno, con un minimo di 30 ed un massimo di 70 per anno).

Di questi 150 crediti formativi, almeno 90 dovranno essere “nuovi” crediti, ossia maturati con iniziative formative relative all’anno 2008, mentre fino a 60 potranno derivare dal riconoscimento di crediti formativi acquisiti negli anni della sperimentazione, cioè il triennio 2004 - 2007, con 20 crediti per ciascun anno.

In particolare, per l’anno 2008 è stato confermato per gli operatori sanitari il debito formativo di 50 crediti.

La SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA (SMO), forte della sua antichissima tradizione in tema di didattica e di aggiornamento professionale in materie attinenti alle attività sanitarie, è sempre più impegnata nella sua missione forma-

tiva che, teniamo a ricordare, è animata dall’opera di medici ospedalieri che, accanto all’assistenza e alla ricerca clinica, ritengono importante svolgere attività didattica e porre a disposizione dei giovani medici la loro esperienza.

Con le nuove regole del mercato formativo aggravato, con l’avvento dell’ECM, da un grande sistema concorrenziale, diventa necessario tener conto di queste realtà, cercando di mettere in campo nuove strategie.

A tal proposito, il Consiglio Direttivo ha pensato sia più opportuno riconvertire le risorse investite per l’acquisto di mezzi didattici, che ogni anno risultano sempre più inadeguati o superati, con un contributo economico, se pur simbolico, da dare ai docenti per l’impegno profuso nell’organizzazione dei corsi ECM.

Questa è l’occasione per invitare ognuno di Voi a partecipare fattivamente alla vita della nostra Istituzione che ha sempre più bisogno, per la sua sopravvivenza, di idee propositive per dare subito il via ad un necessario piano di sviluppo.

## PREVENZIONE DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO: APPROCCIO SANITARIO DA ADOTTARE

■ di R. Sarcinella, C. Riccioni, A. Izzo, G. Palermo, F. Castelli\*

*Ospedale Nuovo Regina Margherita UOC Angiologia - Direttore: Prof. C. Riccioni*

*\* Ospedale S. Pertini UOC Cardiologia - Servizio di Ecocardiografia*

La necessità di una profilassi antitrombotica in pazienti a rischio tromboembolico, nasce da due dati di fatto: l'uno epidemiologico, dovuto alla frequenza di episodi tromboembolici in assenza di profilassi, e l'altro clinico, determinato dall'asintomaticità negli stadi iniziali di questo evento patologico.

L'individuazione di tre classi di rischio: basso, moderato, alto, alle quali attribuire le varie categorie di pazienti, si è resa necessaria per un computo degli episodi tromboembolici soprattutto nel decorso post-operatorio sia in chirurgia generale che in quella ortopedica. Questa classificazione di uso immediato e semplice è stata accettata in ogni ambito sanitario, medico e chirurgico, nella gestione di situazioni cliniche a rischio tromboembolico ed è presente in tutte le linee guida inerenti l'argomento. Le linee guida nate dal confronto sulla pratica clinica e sull'esperienza di 4 società scientifiche ad indirizzo internistico: Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare (SIAPAV), Società Italiana per lo studio dell'Emostasi e Trombosi (SISSET), Società Italiana di Diagnostica Vascolare (SIDV-GIUV), Collegio Italiano di Flebologia (CIF), così classificano il

rischio tromboembolico post-chirurgico:

1) rischio basso

- chirurgia generale e ginecologica maggiore in pazienti di età <40aa, senza altri fattori di rischio

- chirurgia generale e ginecologica minore in pazienti di età <60 aa, senza altri fattori di rischio

2) rischio moderato

- chirurgia generale e ginecologica maggiore, età 40-60 aa, in assenza di altri fattori di rischio

- chirurgia generale e ginecologica maggiore, età < 40 aa, in trattamento estroprogestinico

- chirurgia generale e ginecologica minore, età > 60aa

- chirurgia generale e ginecologica minore, età >60 aa, in paziente oncologico o con storia di tromboembolismo venoso o con stato trombofilico o in trattamento con estrogeni

3) rischio alto

- chirurgia generale e ginecologica maggiore in pazienti di età > 60aa

- chirurgia generale e ginecologica maggiore in paziente oncologico o con storia di tromboembolismo venoso o stati trombofilici

- chirurgia ortopedica maggiore degli arti inferiori.

In chirurgia generale l'incidenza di Trombosi Venosa Profonda (TVP) è del 20-25% dei pazienti non trattati. TVP prossimali si verificano nel 7% dei pazienti. L'incidenza globale di embolia polmonare clinicamente manifesta è dell'1,6% mentre quella di EP fatale è dello 0,5%. Nella chirurgia ortopedica, il rischio di TVP è maggiore a seconda del tipo di atto chirurgico che viene operato:

1) Correzione di un'artropatia cronica:

- **protesi d'anca:** senza profilassi l'incidenza di TVP è pari al 50% (circa il 18% prossimali)

- **chirurgia del ginocchio:** 60-80% di TVP senza profilassi inclusi interventi in artroscopia in cui si verifica una incidenza totale di TVP pari al 18% di cui il 5% prossimali.

2) Interventi su un evento acuto (fratture, traumi):

- **frattura del femore:** 48% di TVP in assenza di profilassi.

In riferimento all'incidenza degli eventi tromboembolici sopra illustrata, quanto esposto, le linee guida SIAPAV, SISSET, SIDV-GIUV, CIF suggeriscono le seguenti raccomandazioni:

### CHIRURGIA GENERALE

1) in pazienti a basso rischio, è sufficiente una deambulazione precoce

- 2) in pazienti definibili a rischio tromboembolico moderato, senza un particolare rischio di emorragia, si raccomanda, iniziando la sera prima dell'intervento, una profilassi con Eparina a basso peso molecolare (EBPM) a basse dosi (1750-3100 U anti FXa ogni 24h)
- 3) in pazienti definiti ad alto rischio si raccomanda iniziando la sera prima l'impiego di EBPM a dosi relativamente elevate (2500-5000 U ogni 24 h). La profilassi andrebbe seguita per 5-7gg o più.

### CHIRURGIA ORTOPEDICA

- 1) in pazienti sottoposti ad artroprotesi d'anca si raccomanda l'impiego di EBPM a dosi relativamente elevate (2550-5000 U ogni 24h iniziando da 12 a 24 h prima dell'intervento)
  - 2) in pazienti sottoposti ad artroprotesi di ginocchio si raccomanda l'impiego di EBPM come sopra, inclusi gli interventi in artroscopia.
- La durata della profilassi dopo interventi d'artroprotesi dovrebbe essere 7-10 gg ma è ragionevole il prolungamento fino a completa mobilizzazione (4-5 settimane valutando il rapporto rischio/beneficio)

L'impiego di EBPM a dosi relativamente elevate con inizio prima o subito dopo l'intervento allo scopo di ridurre l'entità dell'ematoma post-traumatico.

Dalla disamina delle indicazioni suggerite dalle linee guida sopra considerate (SIOT, SIAPAV, SISET, SIDV-GIUV, CIF), e messe a confronto, si individua da un lato una tendenza all'univocità di punti di vista sul TVP sia dal

fronte clinico che da quello chirurgico, dato che risponde appieno alla necessità di finalizzare l'attività dell'operatore a una appropriatezza sanitaria e all'iter terapeutico più efficace per il paziente a rischio. Peraltro, l'evidenza clinica di TVP in pazienti non ascrivibili alle classi di rischio predefinite o con eventi tromboembolici di gravità superiore a quella presunta dalla classe di rischio a loro attribuita espone alla critica di una probabile "incompleta" accuratezza sanitaria nella valutazione "effettiva" del rischio, dando spunto alla riflessione che la classe individuata debba essere riferita ad un rischio "prevedibile" e non "assoluto". Si evince, infatti, che non è sufficiente valutare l'entità di rischio solo considerando le varianti intrinseche all'intervento poiché bisogna tenere conto anche di una certa quota di rischio di cui è eventualmente portatore il paziente. Ci riferiamo, in questo specifico contesto, a tutte quelle condizioni ereditarie o acquisite caratterizzate dalla presenza di fattori bioumorali ben definiti e predisponenti alla trombosi che identificano le trombofilie.

Il riscontro di difetti ematici trombofilici è a tutt'oggi spesso del tutto occasionale e conseguente ad un episodio trombotico con caratteristiche di atipicità (età giovanile, sede della trombosi, etc). Di frequente, gli eventi tromboembolici sono scatenati o favoriti da condizioni acquisite (permanenti o transitorie) che espongono il soggetto ad un rischio di trombosi (traumi, neoplasie, cardiovasculopatie, chi-

rurgia, gravidanza, gestosi, obesità, sindrome nefrosica, assunzione di estroprogestinici).

I principali deficit riscontrati sono: ATIII (TVP 2,4%); Pr. C (TVP 3,8%), Pr.S (TVP 3%)

Res. PC attivata – fattore V Leiden (TVP 22%) Mutazione G 20210°- protrombina (TVP 18%).

Gli stati trombofilici ereditari si trasmettono geneticamente per via autosomica dominante e si caratterizzano clinicamente per l'insorgenza di trombosi prevalentemente venosa, spesso ricorrenti e associati alla presenza di storia familiare di trombosi. La "penetranza" può essere diversa per le diverse condizioni trombofiliche.

Tra le trombofilie acquisite ricordiamo la sindrome da anticorpi antifosfolipidi (APA)/anticorpi di tipo lupico (LAC) che compaiono nel corso di malattie autoimmuni, mielo-linfoproliferative, neoplastiche, infettive virali e nella epatite cronica attiva o idiopatica.

La coesistenza di uno stato trombofilico aumenta del 15-30% il rischio tromboembolico.

Non vi sono ancora elementi di valutazione sulla profilassi primaria nei pazienti asintomatici con trombofilie congenite, ma questi soggetti dovrebbero essere protetti in caso di interventi chirurgici o di altre condizioni associate ad incremento del rischio tromboembolico (in particolare donne in età fertile in terapia estroprogestinica o donne trombofiliche in stato di gravidanza). Tra le sindromi trombofiliche, l'iper-omocisteinemia rappresenta un'entità nosologica a sè stan-

te, essendo provocato dalla presenza concomitante di alterazioni ereditarie (deficit enzimatico) ed acquisite (carenza vitaminica). Il deficit genetico isolato non è determinante per l'instaurarsi di uno stato trombofilico, che si realizza solo nel caso in cui il livello delle vitamine coinvolte nel ciclo della omocisteina sia basso. Condizioni acquisite quali: riduzione delle vitamine acido folico, B12, B6, particolari abitudini di vita (dieta iperproteica, consumo di alcool, caffeina, fumo), assunzione di alcuni farmaci (antiepilettici, ciclosporine, methotrexate, corticosteroidi), malattie renali, tumori, ipotiroidismo, possono indurre una condizione di iper-omocisteinemia anche in assenza di alterazioni genetiche. Il meccanismo che associa trombo-

si a iper-omocisteinemia non è ancora chiaro.

Le Linee guida SIAPAV, SISET, SIDV-GIUV, CIF indicano utile eseguire uno screening per trombofilia nelle seguenti situazioni:

- età giovanile di comparsa dell'evento trombotico
- TVP idiomatica
- TVP dopo stimoli di entità trascurabile
- TVP ricorrente
- Trombosi venose atipiche
- Storia familiare positiva per TVP
- Associazione di trombosi con perdita fetale
- Necrosi cutanea indotta da anticoagulanti orali
- Porpora fulminante neonatale.

A tale lista va però dato un valore indicativo poiché condizioni cliniche, quali interventi chirurgici,

potrebbero essere passibili di un aggravamento del rischio tromboembolico qualora sussistano condizioni trombofiliche. Mentre i test funzionali risultano spesso alterati in modo aspecifico in alcune condizioni (fasi acute di eventi trombotici, TAO in corso, uso di estroprogestinici, gravidanza, epatopatie), e necessitano di tempi di wash out, quelli genetici possono essere eseguiti in ogni circostanza. Sarebbe quindi opportuno raccomandarne l'esecuzione, in maniera codificata e ufficialmente riconosciuta, prima di ogni atto chirurgico ed in particolare negli interventi a rischio di TVP, per scongiurare la possibilità di episodi trombotici dovuti alla slattentizzazione di agenti causali di cui il paziente può essere portatore a sua insaputa. ■



## BIBLIOGRAFIA



- 1) SIAPAV, SISET, SIDV-GIUV, CIF: Linee guida per la diagnosi e il trattamento della trombosi venosa profonda. 2000, Min Cardioang, Vol 48, N° 7-8, pp: 199-273.
- 2) Beer J.H, Haberli A., Vagt A., et al: Coagulation Markers Predict Survival in Cancer Patient. 2002, Thromb Hemost; 88:745-9.
- 3) De Stefano V. The risk of recurrent deep venous thrombosis among heterozygous carriers of both factor V Leiden and G20210A prothrombin mutation. 1999, New Eng J Med and Surg; 341: 801-807.
- 4) Mismetti P, Laporte Simitsidis S, Tardy B., et al: Prevention of venous thromboembolism in inter-
- 5) Alikhan Raza. Cohen A, Combe Sophie, et al: Prevenzione del tromboembolismo venoso con enoxaparina in pazienti con patologie internistiche: analisi dei sottogruppi dello studio MEDENOX. 2003, Blood Coag and Fibrin (14):341-346.
- 6) Leizorovicz A, Mismetti P: Preventing venous thromboembolism in medical patient. 2004, Circulation 110 (24 suppl 1) 13-19.
- 7) SISET Linee Guida. 2004, J of Haematology. 89, suppl 2.

# RIABILITAZIONE VASCOLARE NEL PAZIENTE FLEBOPATICO: NOSTRA ESPERIENZA

■ di R. Sarcinella, C. Riccioni, M. Liguori, A. Izzo, G. Palermo, F. Castelli\*

*Ospedale Nuovo Regina Margherita UOC Angiologia - Direttore: Prof. C. Riccioni*

*\* Ospedale S. Pertini UOC Cardiologia - Servizio di Ecocardiografia*

## ■ INTRODUZIONE

Nonostante le nostre attuali conoscenza sui principi fisiopatologici dell'insufficienza venosa, le variabili interconnessioni anatomiche dei distretti superficiale, profondo e perforante, tuttora ne condizionano la corretta impostazione terapeutica; ciò spiega la sempre discreta incidenza di recidive post-operatorie, la non univocità di risposta alle terapie farmacologiche, la discordanza sull'adozione di protocolli di tipo fisico-riabilitativo tra le varie scuole.

Ciò giustifica l'alto impatto socio-economico della patologia sia in termini di incidenza sull'attività lavorativa di una larga fascia di popolazione (la letteratura internazionale riguardo alle flebopatie riporta un'incidenza del 7-35% per il sesso maschile e del 50-55% per il sesso femminile di età compresa tra i 35 e i 40 aa, e del 15-55% per i maschi versus il 20-60% per le femmine di età superiore a 60 aa con una richiesta di prepensionamenti per disturbi correlati all'IVC di circa il 12,5%). Tutto ciò incide sia in termini di incidenza sulla richiesta di consulti angiologici annuali (in Italia circa 291.000 visite) che sulla loro conversione in provvedimenti diagnostici e/o terapeutici (circa il 95% dei consulti) con

ripercussioni sulla qualità di vita del paziente.

Il ricorso ad un protocollo di tipo fisico riabilitativo trova, secondo la nostra opinione, un giusto spazio in tutte quelle situazioni che predispongono all'impossibilità di trattamento chirurgico, secondo le indicazioni delle linee guida, o all'impossibilità o indisponibilità all'uso dell'elastocompressione, (pazienti con patologia artrosica delle mani, disautonomi bisognosi di accompagnamento e assistenza domiciliare, pazienti con sindrome depressiva) o quando la patologia è agli stadi iniziali o rientra in quei quadri borderline, in cui la stessa calza elastica può non essere ben tollerata.

Se è vero che il reflusso è l'elemento patogenetico principalmente riconosciuto alla base dell'IV, è anche vero che una condizione di insufficienza del sistema impulso-aspirativo rappresentato dalle pompe muscolari degli arti inferiori, come nell'immobilità prolungata, (malattie neurologiche, insufficienza vascolare, malattie debilitanti, malattie muscolari o ossee), comporta un'alterata funzione dei sistemi stessi aggravando l'ipertensione venosa e le sue complicanze. La finalità del protocollo che proponiamo è l'ottimizzazione di questi sistemi mediante la pratica di alcuni esercizi fisici mirati ad

attivare ogni compartimento muscolare in maniera specifica e in modo sequenziale l'uno rispetto all'altro, al fine di ottenere una spremitura continua del circolo venoso superficiale in quello profondo e una progressione centripeta del flusso venoso.

## ■ MATERIALI E METODI

Sono stati selezionati 30 pazienti (età media 57,36 aa: 25 con incontinenza della SI associata a incontinenza di vv. collaterali di coscia (4) e gamba (21); 5 pazienti erano affetti da incontinenza della SE; 6 safenectomizzati in wash out terapeutico farmacologico e fisico da almento 3 mesi. La valutazione clinica della sintomatologia avvertita è avvenuta tramite la compilazione di un questionario all'arruolamento e alla fine del trattamento, in cui veniva richiesto di individuare precisamente il/i sintomo/i singolarmente e/o in associazione (es. solo edema oppure edema + pesantezza, o + prurito o dolore o altro); di definirne l'intensità e le ripercussioni sulle abitudini quotidiane e sullo stato psicofisico: ad es. edema sull'estetica, pesantezza sull'irritabilità, etc. e alla fine del protocollo le variazioni (nel senso del decremento %) degli stessi sintomi. Il protocollo è stato articolato come segue:

- **T 0:** compilazione del questionario sintomatologico; ecodoppler venoso; misurazione della Pressione venosa in ortostatismo; ciclo di ginnastica specifica, della durata di 7 settimane, (50 gg), effettuato per 2 vv/sett per 30'.
- **T 60:** compilazione finale del questionario sintomatologico; controllo della pressione venosa.

Il questionario sintomatologico è stato finalizzato all'individuazione del/dei sintomo/i (pesantezza, gonfiore, crampi, prurito presenti da soli o associati tra loro) qualificandone, all'arruolamento, l'intensità in: grave +++; moderata ++; lieve +, e individuandone le ripercussioni sulla qualità di vita (es. il gonfiore sull'estetica, sulla possibilità di indossare alcuni tipi di calzature o indumenti, la pesantezza sull'umore, sulla possibilità di stare seduti per meno di due ore di seguito durante la proiezione di un film o durante pranzi in ristoranti, etc.). Alla fine del programma, vengono segnate le variazioni della sintomatologia riferita nel senso del decremento o regressione e le implicazioni definitive sullo stato psicofisico.

Il protocollo adottato ha previsto 3 fasi:

- 1) training respiratorio
- 2) indicazioni al corretto appoggio plantare durante la marcia al fine di attivare correttamente la pompa del piede
- 3) ginnastica adatta a stimolare le pompe muscolari del polpaccio e della coscia singolarmente o nel loro insieme unendo ginnastica respiratoria ed attività muscolare.

A completamento degli esercizi, compatibilmente con le condizioni

cliniche (vertigini, senso di instabilità, artrosi del piede) i pazienti hanno eseguito o un percorso di marcia su tapis roulant alla pendenza del 10%, alla velocità di 5km/h per 20 minuti al fine di implementare la contrazione dei muscoli tibiale anteriore e gastrocnemio o su cyclette con pedalata atta ad esercitare a 40 watt di resistenza per 20 minuti.

### ■ RISULTATI

Da un punto di vista clinico la coesistenza di una sintomatologia combinata è stata rilevata nell'80% dei pazienti; in particolare il 35% lamentava la presenza di edema associato a pesantezza, prurito, calore; il 25% riferiva edema con prurito e pesantezza; il 20% edema e pesantezza, il 20% solo pesantezza. Alla fine del protocollo, l'88% dei pazienti ha riferito la totale scomparsa della sintomatologia accusata contro il 12% che comunque ne ha riferito una diminuzione, in particolare del senso di pesantezza e dell'edema.

In linea generale, tutti i pazienti hanno riscontrato gli effetti benefici del protocollo adottato sullo stato psicofisico con miglioramento della qualità di vita (la possibilità di rimettere delle calzature messe da parte a causa del gonfiore, ripresa delle relazioni sociali, etc) .

Per quanto riguarda le pressioni venose, è stato ottenuto un sensibile decremento in tutti i pazienti considerando che il campione esaminato era in wash out farmacologico e non faceva uso di elastocompressione. Il valore medio della pressione venosa superficiale in ortostatismo all'arruolamento da 85+/-5 mmHg è diminuito a 60+/-5 mmHg alla fine del protocollo.

### ■ CONCLUSIONI

Il programma utilizzato ha mostrato risultati incoraggianti: gli esercizi proposti hanno permesso di stimolare l'attività muscolare in maniera adeguata alla "spremitura" delle vene, ottenendo non solo la diminuzione dell'ipertensione superficiale (diminuzione della pressione venosa) ma, conseguentemente, un miglior trofismo tissutale mediante l'eliminazione dei prodotti del catabolismo cellulare attraverso l'ottimizzazione dei processi ossidativi locali (diminuzione della flebodinia). Pertanto possiamo dire di avere raggiunto gli obiettivi che ci eravamo preposti sia dal punto di vista fisiologico con l'ottenimento e il raggiungimento di un drenaggio venoso di tipo "permanente", che dal punto di vista clinico con l'ottenimento di un blocco dell'evoluzione della patologia e l'adottamento da parte del paziente di principi di autogestione della stessa. ■

## BIBLIOGRAFIA



- 1) Michelini S., Failla A.: La riabilitazione fisica delle flebopatie. 1996, In Gibellini R., Ferrari Bardile A., et al: La riabilitazione in angiologia pp. 193-198.
- 2) Benigni JB, et al: Marathonien, veines et contentino. 2001, Phlébologie, 54,2,159-68.
- 3) Couzan S., et al: Un nouveau concept de contentino-compression: apport de l'échodoppler couleur avec prise des pressions veineuses et del l'RMN2002, Phlébologie, 55, 2, 159-71.
- 4) Cappelli M, Lova RM, Ermini: Ambulatory conservative hemodynamic management of varicose veins: critical analysis of results at 3 years. 2000, Ann Vasc Surg; 14 (4): 376-84.

# TRAUMATOLOGIA IN ETÀ PEDIATRICA. TRATTAMENTI ENDODONTICI E RIABILITAZIONE CONSERVATIVA NELLE FRATTURE DEGLI ELEMENTI DENTALI DECIDUI E PERMANENTI.

■ di Franco Di Stefano\*, Diego Maria La Vecchia\*\*, Lidia Agostinelli\*\*\*, Orlando Cipriani\*\*\*\*

\* *Odontoiatra specialista in Chirurgia Implanto protesica*; \*\* *Odontoiatra specialista in Implantologia orale*;

\*\*\* *Odontoiatra specialista in Pedodonzia*; \*\*\*\* *Chirurgo Maxillo-Facciale*

## ■ INTRODUZIONE

Traumi esterni possono causare lesioni circoscritte agli elementi dentali, al parodonto, all'osso alveolare, ai tessuti molli del cavo orale oppure coinvolgere tutte queste strutture insieme in modo più o meno importante.

Le lesioni traumatiche sono eventi molto frequenti nei bambini, sia in dentizione decidua che mista; per questo è estremamente importante che l'odontoiatra immediatamente riconosca l'entità del danno in modo da intraprendere tempestivamente la terapia più opportuna.

Nei bambini tra le prime cause vi sono la carente coordinazione motoria e l'incompleto riflesso di protezione durante le cadute conseguenti ai primi tentativi di deambulazione. Nell'età scolare i danni più frequenti ai denti sono causati da scontri con compagni di scuola; negli adolescenti la causa più frequente è la pratica di attività sportive.

Una certa incidenza possono avere inoltre incidenti stradali, malattie sistemiche come l'epilessia e maltrattamenti domestici.

Nei bambini si riscontrano traumi ai denti decidui nel 30-40% dei casi e traumi agli elementi permanenti nel 22%. L'incidenza massima si verifica all'età di 2-4anni per lo sviluppo loco-

motorio e all'età di 6-18 per la pratica sportiva; fattori predisponenti sono un overjet aumentato e l'incompetenza labiale. (1)

La maggior parte dei traumi interessa gli incisivi centrali del mascellare superiore con un rapporto M/F di 1:1.

Minore è il tempo che intercorre tra il trauma e la terapia, migliore è di norma la prognosi; è fondamentale pulire con cura la zona ferita e, dopo una precisa anamnesi, eseguire un accurato esame clinico.

Nell'anamnesi debbono essere chiariti diversi punti (2):

- 1 *dati del paziente* e i dati personali del genitore o dell'adulto presente;
- 2 *quando* è avvenuto il trauma, ma anche ora d'entrata del paziente nello studio (anche ai fini degli aspetti medico legali e assicurativi);
- 3 *luogo dove* è avvenuto il trauma (anche qui ai fini assicurativi è necessario accertare se si è trattato di un incidente stradale o nelle scuole);
- 4 *come* si è svolto l'incidente e se è già stato effettuato un trattamento in altra sede;
- 5 anamnesi di *traumi pregressi a carico degli elementi dentali* che possano pregiudicare la reazione al test di sensibilità;
- 6 *condizioni generali di salute*, con

particolare attenzione ai sintomi neurologici e vegetativi;

- 7 anamnesi patologica prossima (sostanzialmente sapere se il dente causa dolore spontaneo, sintomo di danno al parodonto o alla polpa); se il dente reagisce ai cambiamenti di temperatura tipici delle ferite dentinali, o se il dolore compare con il contatto tra i denti: in tal caso l'elemento dentale potrebbe essere lussato o potrebbero essersi verificate una frattura mascellare, alveolare, radicolare o coronale.

All'anamnesi deve seguire un accurato *esame clinico extraorale* (quindi se sono presenti ferite, asimmetrie, deformazioni, gonfiori, ematomi e disturbi della sensibilità, in questi casi ovviamente si rimanda la competenza al chirurgo maxillo-facciale) ed un *esame clinico intraorale* (quindi riconoscimento dei traumi delle gengive e della mucosa). Le ferite a carico dei tessuti gengivali si verificano spesso in seguito allo spostamento dei denti o a fratture mascellari o alveolari. Anche gli ematomi sottomucosi nella zona sublinguale o del vestibolo sono riconducibili a fratture mascellari. In presenza di ferite delle parti molli si deve escludere la presenza di frammenti di denti o di corpi estranei con un esame radiologico mirato.

Di seguito palpazione dei processi alveolari e esame degli elementi dentali: esami delle corone per individuare eventuali fratture, valutazione di un possibile spostamento dei denti, interferenze occlusali e mobilità anormale. Infine devono essere eseguiti *test di sensibilità* ed *esami radiologici*, sia nell'immediato che a distanza di tempo, in occasione dei controlli periodici.

La perdita di sensibilità di un dente in conseguenza di un trauma non è comunque sempre legata alla perdita di vitalità del dente stesso. Subito dopo la lussazione, per esempio, più della metà dei denti reagisce negativamente al test di sensibilità.

A differenza dei denti con crescita completa della radice, la sensibilità dei denti con forame apicale aperto ritorna normale entro 4-6 settimane dall'evento traumatico. Il dente che reagisce positivamente può risultare negativo ad un test condotto in un momento successivo. Di qui l'importanza dei controlli periodici a distanza per diagnosticare tempestivamente una necrosi della polpa e per poter iniziare un trattamento endodontico. Sintomi di una necrosi pulpare sono la comparsa di una colorazione grigia della corona e di dolore alla percussione, la presenza radiologica di un alone di trasparenza periapicale, l'interruzione della crescita radicolare o la comparsa di riassorbimento.

Con l'esame radiologico si possono evidenziare traumi radicolari o parodontari, in particolare fratture della radice e spostamento dei denti.

### ■ TRAUMATOLOGIA IN DENTIZIONE DECIDUA

Il trattamento dei traumi su denti decidui differisce da quello applicato in dentatura permanente. È importante tener presente che c'è un rapporto molto stretto tra l'apice della radice

del dente deciduo traumatizzato e il germe del dente permanente. (3)

Malformazioni dentali, denti impattati e disturbi dell'eruzione nello sviluppo della dentatura permanente sono soltanto alcune delle conseguenze che possono verificarsi in seguito a traumi dei decidui o dell'osso alveolare.

Proprio a causa di queste importanti sequele, il trattamento deve essere mirato ad evitare qualsiasi rischio addizionale di danni futuri alla serie permanente.

Il dente da latte deve essere sempre estratto se sussiste il pericolo di un danno al dente permanente. I danni ai denti permanenti si verificano nella maggior parte dei casi in seguito a intrusione del dente deciduo, in questi casi sono quindi necessari controlli radiografici e clinici ad intervalli regolari per riconoscere tempestivamente complicanze immediate o successive. L'intervallo da considerare per i controlli successivi dipende dal tipo di trauma e dalle ferite subite dai tessuti molli. Può rendersi necessario un controllo a sette giorni del bambino, successivamente a 4 ed 8 settimane, e quindi a 3, 6 e 12 mesi, per finire poi a intervalli annuali fino a quando non si siano formati i denti permanenti. Oltre al controllo della sensibilità, anche le alterazioni cromatiche dei denti traumatizzati forniscono informazioni sulla terapia da adottare. Alterazioni cromatiche immediate rossastre sono causate da sanguinamento nel tessuto pulpare. Depositi pigmentati nei tubuli di dentina causano successivamente una colorazione grigio chiara. In questo caso la polpa può rimanere vitale. Alterazioni successive del colore (circa 2 mesi dopo il trauma) indicano obliterazione del canale radicolare (colorazione gialla) o necrosi della polpa (colorazione grigio scura). (3)

La necrosi è la complicanza più frequente e compare di solito entro 8 settimane. All'esame radiografico si riconosce un ampliamento dello spazio parodontale, la presenza di una osteolisi periapicale o la presenza di un riassorbimento patologico esterno (frequente dopo intrusione) o interno (tipico dopo lussazioni).

La maturità del bambino, la capacità di gestire la situazione di emergenza, il tempo di permuta e l'occlusione, sono fattori importanti che influenzano la scelta del trattamento. Nel caso in cui non fosse possibile effettuare il trattamento endodontico conservativo il dente deciduo verrà estratto.

Gli step da seguire sono innanzitutto:

#### A. Esame clinico

#### B. Esami radiografici

Il tipo e il numero di esami dipendono ovviamente dalla capacità di collaborazione del piccolo paziente, e dal tipo di trauma sospettato.

#### C. Istruzioni per il paziente

e per i genitori su come una buona igiene orale migliora la guarigione dei tessuti e degli elementi traumatizzati.

Pulirsi con uno spazzolino morbido dopo ogni pasto e applicare con del cotone sulle aree colpite un gel a base di clorexidina 0,1%, due volte al giorno per una settimana, è fondamentale per prevenire l'accumulo di placca e tartaro (4). È inoltre raccomandabile seguire una dieta "soft" per alcuni giorni.

I genitori dovrebbero essere comunque sempre avvisati sulle possibili complicanze quali gonfiore, aumento della mobilità o fistole, e informati sui possibili danni sullo sviluppo degli elementi permanenti soprattutto in seguito ad intrusioni, avulsioni e fratture alveolari in bambini di età inferiore ai 3 anni. (4)

I traumi possono colpire i tessuti dentali e i tessuti di sostegno:



► CLASSIFICAZIONE DELLA IADT 2007

- |                                     |                           |
|-------------------------------------|---------------------------|
| 1 Infrazione                        | 6 Frattura alveolare      |
| 2 Frattura di corona non complicata | E il tessuto parodontale: |
| 3 Frattura di corona complicata     | 1 Concussione             |
| 4 Frattura corono-radicolare        | 2 Sublussazione           |
| 5 Frattura della radice             | 3 Lussazione estrusiva    |
|                                     | 4 Lussazione laterale     |
|                                     | 5 Lussazione intrusiva    |

6 Avulsione

● **Linee guida nel trattamento delle lesioni dei tessuti duri e della polpa**  
*Infrazione della corona*

Nei decidui si distinguono con difficoltà dalle incrinature dello smalto e sono meno evidenti.

*Frattura di corona non complicata*

Segni clinici	Esame diagnostico	Trattamento
La frattura coinvolge lo smalto o dentina e smalto, la polpa non è esposta.	Si effettua in primis una attenta ispezione clinica, palpazione dei tessuti e percussione degli elementi dentali. All'esame radiografico c'è un margine ben distinto tra rima di frattura e camera pulpare.	Restauro con resine composite, se il bambino è troppo piccolo e non collaborante si possono semplicemente smussare i margini taglienti.

*Frattura di corona complicata*

Segni clinici	Esame diagnostico	Trattamento
La frattura coinvolge lo smalto e la dentina con interessamento pulpare.	Si effettua in primis una attenta ispezione clinica, palpazione dei tessuti e percussione degli elementi dentali. Il dente è solitamente dolente al contatto, ai cambiamenti di temperatura o alla masticazione. È necessario eseguire delle radiografie che evidenzino bene l'estensione della frattura e il riassorbimento della radice e il rapporto con la gemma del permanente. Tanto più piccolo è il paziente tanto maggiore è la traumatizzazione del permanente (2).	Nei bambini collaboranti il dente traumatizzato può essere curato. È da tenere in considerazione, in modo particolare, il livello di sviluppo del permanente. Si può praticare l'incappucciamento, tenendo però presente che l'idrossido di calcio può causare riassorbimento interno o una pulpotomia. Qualora non fosse possibile il trattamento si procede con l'estrazione.

*Frattura corono-radicolare*

Segni clinici	Esame diagnostico	Trattamento
La frattura coinvolge lo smalto, la dentina e la radice. La polpa può o meno essere esposta.	Si effettua in primis una attenta ispezione clinica, palpazione dei tessuti e percussione degli elementi dentali. È importante individuare l'estensione della frattura in relazione al margine gengivale.	Il trattamento raccomandato è l'estrazione, con particolare attenzione a non danneggiare la gemma del permanente sottostante.

*Frattura della radice*

Segni clinici	Esame diagnostico	Trattamento
Il frammento coronale è mobile e può essere rimosso.	Si effettua in primis una attenta ispezione clinica, palpazione dei tessuti e percussione degli elementi dentali. La frattura si trova di norma nel terzo medio o apicale.	Estrazione del frammento coronale se dislocato. Il frammento apicale si riassorbirà da solo.

Nei traumi a carico degli elementi della serie decidua è estremamente importante il **follow up** a distanza con controlli clinici e radiologici a distanza di 1, 4, 8 settimane, 6 e 12 mesi e fino all'eruzione del perma-

nente corrispondente.

■ **TRAUMATOLOGIA NEI PERMANENTI AD APICE IMMATURO**

Il trattamento dei traumi dentali

degli elementi permanenti anche ad apice immaturo, non può prescindere da un accurato e tempestivo esame clinico, da idonee valutazioni radiografiche con rx endorali con centratore e dai test di sensibilità.

Il test di sensibilità, elettrico o da stimolazione termica, serve a determinare le condizioni della polpa dentale. Frequentemente test eseguiti immediatamente dopo il trauma danno risultati negativi, ma spesso questi risultati sono dovuti solo ad una transitoria perdita di risposta pulpale. Per tale motivazione risultano fondamentali i follow-up di controllo per una corretta e definitiva diagnosi.

Anche in questi casi corrette manovre di igiene orale con spazzolini morbidi e il supporto di sciacqui o applicazioni topiche di composti a base di clorexidina 0,1% facilitano la guarigione dei tessuti orali. (5)

I traumi possono colpire i tessuti dentali e i tessuti di sostegno:

### ► CLASSIFICAZIONE DELLA IADT 2007

- 1 Infrazione
- 2 Frattura di corona non complicata
- 3 Frattura di corona complicata
- 4 Frattura corono-radicolare
- 5 Frattura della radice
- 6 Frattura alveolare

E il tessuto parodontale:

- 1 Concussione
- 2 Sublussazione
- 3 Lussazione estrusiva
- 4 Lussazione laterale
- 5 Lussazione intrusiva
- 6 Avulsione dentale con apice chiuso

7 Avulsione dentale con apice beante

### ● Linee guida nel trattamento delle lesioni dei tessuti duri e della polpa (6)

#### *Infrazione della corona*

Se evidenziate con un raggio luminoso parallelo all'asse del dente, si presentano come linee sullo smalto del dente che non superano il limite smalto-dentina. La causa è normalmente un colpo diretto sulla superficie del dente. Le linee di infrazione sono spesso l'unico segno evidente di un trauma e devono quindi indurre alla ricerca di possibili danni ad esse collegati, come lussazioni o fratture della radice.

#### *Frattura di corona non complicata*

Segni clinici	Esame diagnostico	Trattamento
La frattura coinvolge lo smalto o dentina e smalto, la polpa non è esposta. I tests di sensibilità possono risultare inizialmente negativi ad indicare un transitorio danno pulpale, di qui la necessità dei follow-up a distanza.	Si effettua in primis una attenta ispezione clinica, palpazione dei tessuti e percussione degli elementi dentali. C'è un margine ben distinto tra rima di frattura e camera pulpale. È importante fare anche rx ai tessuti molli per trovare gli eventuali frammenti o corpi estranei.	Se il frammento è stato recuperato può essere riposizionato attraverso la tecnica adesiva altrimenti si procede al restauro con resine composite.

#### *Frattura di corona complicata*

Segni clinici	Esame diagnostico	Trattamento
La frattura coinvolge lo smalto e la dentina e la polpa è esposta. È utile eseguire tests di vitalità a distanza per monitorare lo stato pulpale.	Si effettua in primis una attenta ispezione clinica, palpazione dei tessuti e percussione degli elementi dentali. Il dente è dolente al contatto, alle variazioni di temperatura e in occlusione. Si accertano radiograficamente lo stato di sviluppo della radice e la presenza di lesioni della radice e del parodonto. È necessario eseguire delle radiografie che evidenzino bene l'estensione della frattura. Anche in questo caso sono utili radiografie dei tessuti molli per trovare eventuali frammenti o corpi estranei.	Lo scopo del trattamento è quello di mantenere la polpa vitale, libera da infiammazioni e protetta da tessuto duro. pertanto deve essere effettuata una chiusura ermetica della ferita pulpo dentinale. L'incappucciamento diretto, la pulpotomia e la pulpectomia anche associata all'apicizzazione sono le alternative tra le quali scegliere. Se si riesce ad intervenire sulla polpa entro 24 ore dal trauma si può effettuare un incappucciamento diretto, se passano dalle 24 ore ad alcuni giorni, si può tentare di conservare la vitalità del dente con una pulpotomia se la crescita della radice non è ancora completa. L'idrossido di calcio e il MTA sono i materiali di elezione. In caso di necrosi pulpale del dente ancora immaturo, prima di eseguire la tradizionale terapia endodontica, si deve indurre la formazione di una barriera calcifica a livello dell'apice aperto, in modo da ottenere lo stop apicale. (8) Dopo la detersione e sagomatura del canale si medica il canale con idrossido di Ca a 2mm dall'apice (da controllare ogni 3 mesi e da tenere per circa 12) (8) o MTA compattato in apice che sembra accelerare i processi di guarigione.

*Frattura corono-radicolare*

Segni clinici	Esame diagnostico	Trattamento
La frattura coinvolge lo smalto, la dentina e la radice. La polpa può o meno essere esposta. Tests di sensibilità sono di solito positivi.	Si effettua in primis una attenta ispezione clinica, palpazione dei tessuti e percussione degli elementi dentali. Come nelle fratture radicolari è spesso necessaria più di 1 rx per individuare la rima di frattura; è importante individuare l'estensione della frattura in relazione al margine gengivale.	Il trattamento raccomandato è il medesimo delle fratture di corona complicate con in aggiunta una stabilizzazione elastica dei frammenti con resine composite. In presenza di fratture con direzione decisamente apicale il dente deve essere estratto.

*Frattura della radice*

Segni clinici	Esame diagnostico	Trattamento
Dal punto di vista di clinico il dente si presenta leggermente estruso. Il frammento coronale è mobile e può essere rimosso. I tests di vitalità possono dare inizialmente falsi risultati negativi indicando un transitorio o permanente danno pulpare. È utile monitorare a distanza lo stato della polpa.	Attraverso l'esame radiologico si valutano la localizzazione della frattura, la possibile presenza di frammenti e lo sviluppo della radice. L'alterazione cromatica della corona, il mancato recupero della sensibilità, la dolenzia crescente alla percussione e l'aumentata mobilità lasciano presupporre una necrosi. La frattura coinvolge la radice su un piano orizzontale o diagonale. Se orizzontale spesso si trova nel terzo cervicale, se diagonale spesso coinvolge il terzo apicale o medio.	Riposizionare, se dislocato, il segmento coronale del dente quanto prima possibile. Eseguire un check di posizione radiograficamente e stabilizzare il dente con uno splintaggio per un minimo di 4 settimane fino a 4 mesi. Se si sviluppa necrosi pulpare è necessario eseguire il trattamento endodontico del segmento coronale della frattura per preservare l'elemento dentale. In caso di frattura verticale della radice si procede con l'estrazione dell'elemento. Fondamentale è anche il rapporto con il solco parodontale: se vi è un collegamento il frammento coronale deve essere estratto e la radice trattata endodonticamente.

*Frattura alveolare*

Segni clinici	Esame diagnostico	Trattamento
La frattura coinvolge l'osso alveolare.	È utile anche una panoramica oltre alle rx occlusali.	Riposizionamento del segmento e spintaggio per 4 settimane.

Fattori che influenzano negativamente la prognosi dell'elemento fratturato sono la sintomatologia dolorosa, il responso negativo al test di vitalità, segni di periodontite apicale, infiammazione sulla mucosa esterna e la mancata crescita della radice nei denti ad apice immaturo; in tutti questi casi si deve necessariamente procedere con la terapia canalare. (7)



## BIBLIOGRAFIA



1. *A systematic review of the relationship between overjet size and traumatic dental injuries*, EUR. J. ORTHOD 1999 OCT; 21 (5) 303-15, Q. V. NGUYEN, P. D. BEZEMER, L. HEBETS, B. PRAHL ANDERSEN
2. *Odontoiatria per l'infanzia e l'adolescenza*, H. J. STAEHLE, M. J. KOCH, ED. MASSON
3. *Dental injuries in small children*, DENTAL TRAUMATOLOGY, VOLUME 23, ISSUE 4, AUG 2007, L. ANDERSSON
4. *Guidelines for the management of traumatic injuries in the primary dentition*, UPDATE MAY 2007, M. T. FLORES, M. TROPE et AL
5. *Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxation of permanent teeth*, DENTAL TRAUMATOLOGY, VOLUME 23, ISSUE 2, APR 2007, M. T. FLORES, L. ANDERSSON et AL
6. *Guidelines for the management of traumatic dental injuries*, UPDATE MARCH 2007, J. O. ANDREASEN, C. BOURGUIGNON et AL
7. *Guidelines for the management of traumatic dental injuries: permanent teeth*, UPDATE MARCH 2007, F. BARNETT, A. DIANGELIS et AL
8. *Endodonzia*, ARNALDO CASTELLUCCI, Edizioni MARTINA Bologna

## EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

### CORSI PROPOSTI PER NOVEMBRE-DICEMBRE 2008

- **IL LABORATORIO DI IMMUNOEMATOLOGIA ERITROCITARIA: TECNOLOGIE E PROTOCOLLI DIAGNOSTICI**  
 Resp.: A. Matteucci - C.R.I. Sala Solferino  
 Per 80 MEDICI e BIOLOGI  
 Durata: 30 ore dal 03/11/2008 al 18/11/2008  
 Crediti: 27
  - **GBR CHIRURGIA OSSEA RIGENERATIVA**  
 Resp.: S. Corbi - Ospedale S. Camillo  
 Per 12 ODONTOIATRI e MEDICI specialisti in Odontoiatria  
 Durata: 30 ore dal 04/11/2008 al 21/11/2008  
 Crediti: 31
  - **PSICOFARMACI E PSICOTERAPIA: UN APPROCCIO INTEGRATO**  
 Resp.: G. Lago - IRPPI  
 Per 25 PSICOLOGI e MEDICI psicoterapeuti  
 Durata: 15 ore dal 07/11/2008 al 21/11/2008  
 Crediti: 13
  - **MALFORMAZIONI DELLA MANO**  
 Resp.: P. Ortensi - Osp. Bambino Gesù  
 Per 20 MEDICI  
 Durata: 15 ore dal 13/11/2008 al 14/11/2008  
 Crediti: 15
  - **WORKSHOP SULLA MALATTIA ONCOLOGICA NELL'IMMAGINARIO: CINEMA E SOGNI**  
 Resp.: T.A. Polisenò - UCSC - Pol. Gemelli  
 Per 20 MEDICI e 20 PSICOLOGI  
 Durata: 8 ore dal 14/11/2008 al 15/11/2008  
 Crediti: 8 MED - 7 PSI
  - **MECCANICHE LOW FRICTION**  
 Resp.li: B. Condorelli, S. Bacconi, F. Andreani - ASL RM E  
 Per 10 MEDICI e 15 ODONTOIATRI  
 Durata: 15 ore dal 14/11/2008 al 15/11/2008  
 Crediti: \*
  - **CORSO TEORICO-PRATICO DI IMPLANTOLOGIA CHIRURGICA E PROTESICA**  
 Resp.li: D. Scopelliti, D. La Vecchia - Clinica Villa Flaminia  
 Per 12 ODONTOIATRI e MEDICI specialisti in odontoiatria  
 Durata: 42 ore dal 15/11/2008 al 20/12/2008  
 Crediti: 50
  - **L'ABBANDONO E IL DISTACCO EMOTIVI COME CAUSA PSICOPATOGENETICA**  
 Resp.li: S. Cavallari, A. I. Battista - Villa Lais  
 Per 30 PSICOLOGI e MEDICI Psicoterapeuti  
 Durata: 10 ore dal 15/11/2008 al 16/11/2008  
 Crediti: 8
  - **LA BRONCOSCOPIA RIGIDA**  
 Resp.li: G. Galluccio, Dott. R. Dello Iacono - Osp. C. Forlanini  
 Per 20 MEDICI  
 Durata: 18 ore dal 19/11/2008 al 25/11/2008  
 Crediti: 14
  - **PSICOTRAUMATOLOGIA CLINICA. DIAGNOSI, TRATTAMENTI E PSICOTERAPIE DEI DISTURBI POST-TRAUMATICI**  
 Resp.li: G. Guerani, M. Sgarro - ASL RM E - Piccola Spezieria  
 Per 10 MEDICI e 10 PSICOLOGI  
 Durata: 16 ore dal 19/11/2008 al 20/11/2008  
 Crediti: 15 PSI - \* MED
  - **ELEMENTI DI CHIRURGIA ORALE 2**  
 Resp.: M. Di Dio - Ospedale Fatebenefratelli  
 Per 20 MEDICI e ODONTOIATRI  
 Durata: 35 ore dal 21/11/2008 al 13/12/2008  
 Crediti: 42
  - **COMUNICAZIONE SANITARIA ETICA**  
 Resp.: G. Giaimis - Osp. S. Eugenio  
 Per 60 partecipanti di tutte le professioni sanit.  
 Durata: 15 ore dal 25/11/2008 al 02/12/2008  
 Crediti: 11
  - **CHIRURGIA ESTETICA DEL NASO**  
 Resp.: M. Eleuteri - Ospedale Israelitico  
 Per 20 MEDICI  
 Durata: 15 ore dal 26/11/2008 al 10/12/2008  
 Crediti: 16
  - **LA CITOGENETICA TRA VECCHIO E NUOVO**  
 Resp.: A. Angioni - Osp. Bambino Gesù  
 Per 20 MEDICI e BIOLOGI  
 Durata: 20 ore dal 26/11/2008 al 10/12/2008  
 Crediti: 16
  - **RECENTI ACQUISIZIONI IN TEMA DI IMMUNOLOGIA ED ALLERGOLOGIA IN ETA' PEDIATRICA**  
 Resp.: A. Volterrani - Osp. Nuovo Regina Margherita  
 Per 15 MEDICI e BIOLOGI  
 Durata: 19 ore dal 26/11/2008 al 28/11/2008  
 Crediti: \*
  - **CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MAMMELLA**  
 Resp.: R. De Vita, M. Pozzi - Istituto Regina Elena IFO  
 Per 12 MEDICI e 19 INFERMIERI  
 Durata: 20 ore dal 27/11/2008 al 28/11/2008  
 Crediti: 20 MED - \* INF
  - **DIRIGENZA SANITARIA E LEADERSHIP**  
 Resp.: R. Di Biagi - ASL RM C  
 Per 20 MEDICI  
 Durata: 8 ore il 27/11/2008  
 Crediti: \*
  - **MALATTIE CRONICHE INVALIDANTI: ASPETTI MEDICI E PSICOLOGICI**  
 Resp.li: M. Casciani, A. Roncella, M. Sgarro - ASL RM E - Piccola Spezieria  
 Per 10 MEDICI e 10 PSICOLOGI  
 Durata: 9 ore il 04/12/2008  
 Crediti: 9 MED - 8 PSI
  - **IL SEXUAL OFFENDER: ASPETTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTALI E PSICHIATRICO-FORENSI**  
 Resp.: T. Cantelmi - FederPsi  
 Per 30 MED., 30 PSI. e 20 INF.  
 Durata: 10 ore il 05/12/2008  
 Crediti: 6 PSI - \* MED e INF
  - **I PERCHE' DELL'ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA**  
 Resp.: I. Mazzon - Clinica "Nuova Villa Claudia"  
 Per 30 MEDICI  
 Durata: 14 ore dal 12/12/2008 al 13/12/2008  
 Crediti: 14
  - **LA MALATTIA ALLERGICA**  
 Resp.: L. Giannarini - ASL RM E - Sala S. Spirito  
 Per 20 MEDICI e 20 BIOLOGI  
 Durata: 13 ore dal 15/12/2008 al 16/12/2008  
 Crediti: 11
  - **IL DISTACCO DI RETINA TRAUMATICO**  
 Resp.: V. Maucione - Osp. S. Carlo di Nancy IDI  
 Per 10 MEDICI  
 Durata: 30 ore dal 16/12/2008 al 23/12/2008  
 Crediti: 28
  - **EMATOLOGIA NEONATALE**  
 Resp.: F. Dituri - ASL RM E  
 Per 30 MEDICI  
 Durata: 17 ore dal 22/12/2008 al 23/12/2008  
 Crediti: 17
- \* Corso registrato presso il Ministero in attesa di crediti

#### SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA (SMO)

Segreteria: B.go S. Spirito, 3 - 00193 Roma Tel. 06/68802626/68352411 Fax 06/68806712

#### CONSIGLIO DIRETTIVO

- **Presidente:** D. Scopelliti
- **Vice-Presidenti:** B. Condorelli, C. Parascani
- **Tesoriere:** E. Accivile
- **Consiglieri Elettivi:** M. Baraglia, F. Castelli, P. Dauri, G. De Simone, M. Moretti, R. Picardi, A. Placido, U. Recine, V. Scotto di Palumbo
- **Consiglieri di Diritto:** L. Benedettelli, P. Grasso, G. M. Iadarola, M. Luminari, E. Parisi, A. Perrone, G. Visco
- **Revisori dei Conti:** G. Vassallo, F. De Santis
- **Consulente Amministrativo:** S. Rijli

#### BOLLETTINO DELLA SMO

Autorizzazione Tribunale di Roma n.86/95 del 18/02/95

- **Direttore Responsabile:** D. Scopelliti
- **Direttore Scientifico:** G. Visco
- **Comitato di redazione:** E. Accivile, L. Benedettelli, F. Castelli, M. Moretti, U. Recine, V. Scotto di Palumbo, G. Visco
- **Coordinamento redazione:** P. Colletta
- **Stampa:** Nuova Editrice Grafica S.r.l. - neg@negeditrice.it

(Finito di stampare nel mese di ottobre 2008)