

BOLLETTINO ON LINE
www.smorrl.it

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 Francesco Bignami, un primario del Santo Spirito negli anni '60.
 • R. Massini

ATTUALITÀ SCIENTIFICA

- 4 Lacrimazione oculare ed epifora: soluzioni innovative integrate ORL-oculistiche
 • L. Di Rienzo Businco, F. Tortorella, S. Pavaci, P. Longo, P. Tortorella, M. Lauriello
- 12 Notizie Flash.
 • G. Visco

AGENDA DELLA SCUOLA

- 13 Corsi ECM relativi a gennaio/ giugno 2019.

AVVISO

Dal 1° gennaio 2019 sono entrati in vigore: il nuovo **Manuale Nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM** con i requisiti minimi e standard di accreditamento dei Provider e della disciplina generale degli eventi ECM, nonché il nuovo **Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario** che, ribadendo l'obbligo formativo triennale per il 2017-2019 pari a 150 crediti formativi, come deliberato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC), stabilisce i requisiti per eventuali riduzioni o esoneri da tale obbligo.

Sul sito web della S.M.O. – Provider 471 – si può trovare un estratto della nuova normativa.

www.smorrl.it

FRANCESCO BIGNAMI, UN PRIMARIO DEL SANTO SPIRITO NEGLI ANNI '60

■ RENATO MASSINI*

Ero approdato al Santo Spirito nel 1963 dopo qualche anno di infruttuoso apprendistato in un istituto universitario tanto prestigioso quanto pretenzioso, dove la clinica e l'insegnamento erano considerati di poca importanza rispetto alla ricerca scientifica: quel mondo non mi attirava e al Santo Spirito trovai quello che cercavo.

Tra i primi incontri, quello con Francesco Bignami, primario di Medicina e di Anatomia Patologica, non poteva passare inosservato. Bignami era il maestro del mio primario Aurelio Cafaro, quindi per me una specie di primario al quadrato, o se vogliamo, di nonno in arte. Il personaggio, poi, mi parve subito fuori dal comune per le capacità cliniche, la formazione scientifica di forte impronta anglosassone, l'eleganza un po' trasandata, il garbato *understatement* con cui affermava di essere un musicista con l'hobby della medicina, la cultura musicale e umanistica gelosamente custodita e mai esibita.

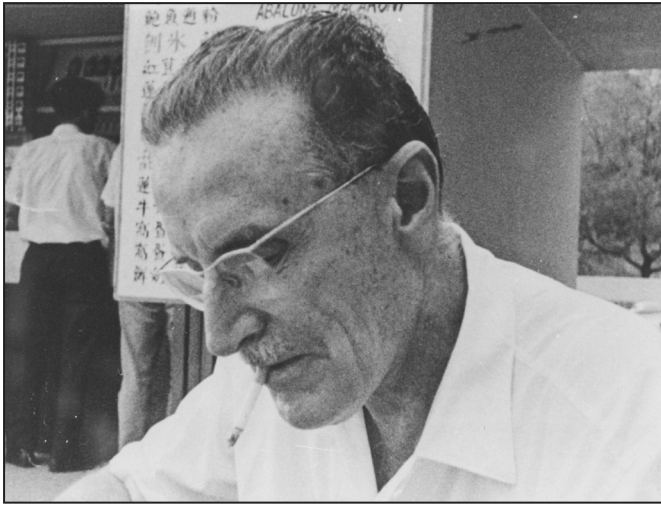
Il nome, infine, evocava quello prestigioso del padre, Amico Bi-

gnami, professore universitario e anch'egli Primario del Santo Spirito, allora sede universitaria, cui è legato l'eponimo della degenerazione del corpo calloso, descritta assieme a Ettore Marchiafava: "In 1903 the italian pathologists Marchiafava and Bignami described a unique alteration of corpus callosum...": così R. D. Adams in *Principles of Neurology*.

Del padre, Francesco Bignami amava raccontare che era di guardia al Santo Spirito il 20 settembre 1870, quando i bersaglieri entrarono a Roma: la corsia Sistina dell'ospedale era piena di zuavi pontifici febbricitanti per la malaria. Ne uccideva più l'anopheles che le schioppettate...



Lo incontravo nella sala settoria dell'Istituto di Anatomia Patologica (allora si chiamava Istituto, mica Unità operativa!), dove ogni mattina quasi tutti i medici assistevano ai riscontri diagnostici (il termine autopsia era riservato, con una certa sprezzatura, alla



■ *Francesco Bignami.*

Medicina Legale) e ne discutevano i risultati. Fra i tavoli di marmo, con sopra gli ex pazienti smontati nei minimi dettagli, si cercava di capire, si verificavano le note scritte nelle cartelle e si confrontava la diagnosi clinica con quella anatomica che spesso costituiva una sorpresa. Così venivano fuori gli errori di valutazione, i ritardi, le procedure (poche, allora) eseguite inutilmente e quelle, necessarie, che erano state omesse. Ma se ne usciva con la certezza di aver imparato qualcosa di nuovo e di essere pronti per la prossima occasione... che non veniva mai oppure veniva troppo presto e, ancora una volta, ci coglieva impreparati (“ma come? Due aneurismi disseccanti dell’aorta in due giorni consecutivi? Roba da matti!”). Insomma, si imparava anzitutto partendo dalla conoscenza dei propri errori. Per i più curiosi, poi, c’era anche un *bonus*: tre microscopi allestiti nella saletta adiacente, con altrettanti preparati istologici e, accanto, un foglietto con la diagnosi. Il foglietto era capovolto e solo dopo aver osservato il preparato e aver azzardato una diagnosi, veniva letto e mostrava così un’altra sorpresa. Questa era la scuola.

Il Professore non faceva i “riscontri”: non l’ho mai visto con i guanti calzati. Portava un lungo camice che indossava sopra la giacca e stringeva alla vita con una cintura, poi caduta in disuso. Teneva in mano un portapenne rosso col suo bravo pennino lanceolato da intingere nel calamaio: uno strumento che sapeva di preistorico già in quegli anni. Quando si chinava sul tavolo per vedere da vicino i

pezzi anatomici teneva le mani incrociate dietro la schiena e tra esse la penna di cui si serviva per indicare a distanza i particolari significativi. Parlava con un filo di voce, senza scomporsi, con lunghe pause, sorridendo appena; per capire quel che diceva bisognava guardargli con attenzione i movimenti della bocca. Anche i tecnici si erano adeguati allo stile del Professore ed erano silenziosi ed efficienti: uno di essi, appassionato di anatomia, sapeva sul cervello più cose di quante ne ricordavo io, che pure ero fresco di studi. Finì col laurearsi in medicina.

Dopo il “riscontro” il Professore si sedeva al tavolino in un angolo della sala e scriveva il referto. La grafia era il suo più fedele ritratto: minuta e regolare oltre ogni immaginazione ma di difficilissima lettura, mi ha sempre ricordato per il suo stile ottocentesco quella di un manoscritto di Manzoni: inclinata a destra, “g” profonde, “z” con un lungo gambo, “d” con un ampio svolazzo, maiuscole elaborate e di nobile disegno. Le descrizioni dei referti erano scarne, prosciugate, ridotte all’essenziale ma complete ed esaurienti. Una volta, con il mio amico E., leggendo una diagnosi appena scritta, ci imbattemmo in un “aorta zigrinata” che ci fece sobbalzare. Era la descrizione dell’aortite luetica, un classico dell’anatomia patologica, una lesione che avevamo studiato ma mai visto, la tipica domanda da esame, insomma la primula rossa delle malattie vascolari: impossibile lasciarsela scappare. Il mio amico, che Pavese avrebbe definito un “professionista dell’entusiasmo” si rivolse al Professore con un tono appena sopra le righe: “Professore, com’è l’aorta zigrinata?” La risposta tardò di qualche secondo: “È... zigrinata” bisbigliò il Professore con un mezzo sorriso; e, mentre si allontanava col suo passo lento e un po’ strascicato verso un altro tavolo (anatomico, *ça va sans dire*), nella mente di E. prese forma di colpo una sigaretta “Nazionale” del Monopolio di Stato. Zigrinata.



Non metteva molta cura nel vestirsi, anzi, spesso aveva un che di lievemente trasandato di cui non capivo quanta fosse la parte voluta. Lo ricordo d’estate con un completo di cotone chiaro piuttosto stropicciato ma elegante. Il nodo della cra-

vatta era sempre un po' lento e doveva rappresentare una distratta concessione a quel capo d'abbigliamento che lui probabilmente riteneva superfluo. Portava occhiali a giorno e spesso teneva tra le labbra una sigaretta di cui sembrava non accorgersi e che si consumava da sola. Naturalmente dava del "lei" anche al professor Cafaro, il suo prediletto allievo diventato primario. Io, pur con la mia timidezza, tentavo con qualche frase sulla musica di fargli capire -ahimé- che la sapevo lunga ma lui non raccoglieva e tutto finiva lì. Del resto cosa avrei potuto dire a un pianista che aveva l'abitudine di riunirsi a far musica con gli amici, come in un salotto viennese di fine ottocento? Che, come qualcuno mi disse, in uno di questi incontri aveva accompagnato al pianoforte Joan Sutherland? L'unica volta che riuscii a farlo parlare mi disse: "Ora che siete giovani vi piacciono solo Bach e Haendel; quando sarete vecchi vi piacerà Liszt." Così è accaduto.



Una delle ultime volte che lo vidi fu quando - già a riposo - era ricoverato in una delle stanze "a pagamento" della prima Divisione di Chirurgia per una frattura di gamba. In seguito all'improvvisa comparsa di affanno e dolore toracico si era autodiagnosticato un infarto polmonare. Come medico di guardia gli iniettai rispettosamente non so più quali farmaci (l'eparina era ancora di là da venire), riuscendo persino a non mancare la vena; lui, come paziente, fu gentile, sottomesso e amabilmente distaccato: mi lasciava fare, sapendo bene che la terapia, attorno alla quale tanto mi affaccendavo, non era poi così utile. Guarì infatti, nonostante le cure.



Un mio caro amico di quegli anni, poi trasferitosi negli Stati Uniti, mi disse una volta che Francesco Bignami non gli aveva insegnato molto: che, insomma, non lo riteneva un vero maestro. Il giudizio non era del tutto infondato se si pensa che nel mondo anglosassone l'insegnamento è un dovere di valore morale pari al corretto eser-

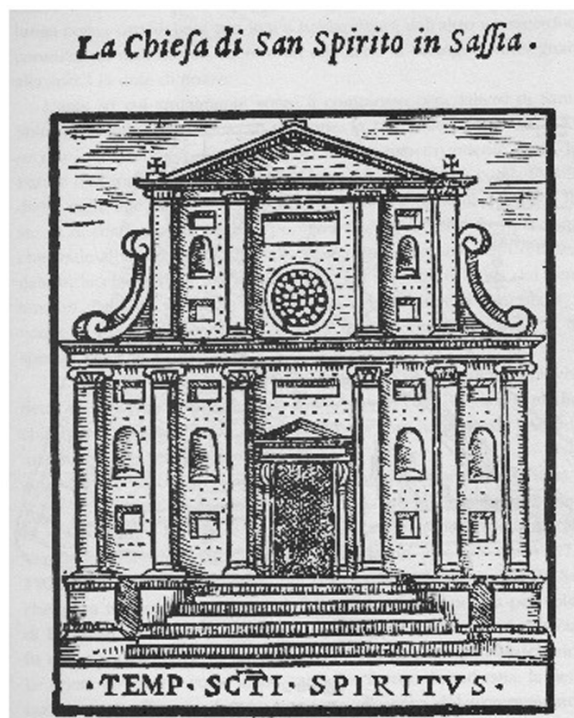
cizio della medicina. Forse Francesco Bignami non era un maestro nel senso comune della parola; probabilmente non ha mai trasmesso in modo intenzionale e diretto il suo sapere, convinto che la medicina non possa essere appresa solo con l'insegnamento ma vada raggiunta con i propri mezzi, con la passione per lo studio, attraverso il confronto con gli altri. E che l'insegnamento è soprattutto esempio.

Ma, al di là di queste considerazioni, il ricordo di Francesco Bignami riesce sempre a evocarmi, come per un riflesso condizionato, quella che Thomas Mann chiamava "la nobiltà dello spirito". ■

** già Primario di Medicina Interna - Ospedale Santo Spirito in Sassia, Roma.*



■ Ospedale Santo Spirito.



LACRIMAZIONE OCULARE ED EPIFORA: SOLUZIONI INNOVATIVE INTEGRATE ORL-OCULISTICHE

■ LINO DI RIENZO BUSINCO, FEDERICA TORTORELLA, SILVA PAVACI, PASQUALE LONGO, PAOLO TORTORELLA*, MARIA LAURIELLO**

U.O. Chirurgia endoscopica miniinvasiva ORL, Ospedale San Carlo di Nancy GVM - Roma, Italia

**U.O. Oculistica, Casa di Cura Accreditata Fabia Mater - Roma, Italia*

***Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologie, Università de L'Aquila - L'Aquila, Italia*

■ UN PROBLEMA ORFANO E SOTTOVALUTATO

La lacrimazione oculare, o epifora, è un problema di grande impatto epidemiologico nella popolazione generale, che interessa tutte le fasce di età. Non è infrequente incontrare pazienti che ne soffrono da molti anni senza che questa condizione sia stata mai indagata dal medico curante e soprattutto senza che venga proposta alcuna possibile soluzione. Molto spesso per l'epifora vengono proposti approcci chirurgici che il paziente stesso percepisce come sproporzionati rispetto alla minore gravità percepita della malattia. La patologia non trattata cronicizza, le complicanze si sviluppano e si manifestano in modo ricorrente e soprattutto la qualità della vita del paziente con epifora scade in maniera importante con risvolti negativi oculistici ma anche relazionali ed estetici. La ragione di quanto detto ci sembra da ricondurre a uno scarso interesse da parte degli specialisti oculisti per tale condizione di confine naso-lacrimale, e forse ancor più a un difetto di comunicazione e condivisione degli avanzamenti tecnologici e terapeutici che hanno interessato l'otorinolaringoiatria, consentendo soluzioni endoscopiche a ridotta invasività che hanno da alcuni anni facilitato l'accesso ed il trattamento di regioni e spazi molto ristretti quali ad esempio le vie lacrimali. L'approccio chirurgico tradizionale oculistico al tratto lacrimale occluso è rappresentato dalla dacriocistorinostomia (DCR) per via esterna, procedura in cui viene stabilita una connessione tra il sacco lacri-

male e la cavità nasale, con l'obiettivo di bypassare un'ostruzione dell'apparato lacrimale distale al sacco stesso.

L'intervento grava di una forte invasività, può complicarsi con esiti estetici cutanei sul volto con incerti risultati funzionali per oggettive difficoltà in casi di reinterventi dovuti a recidive di patologia, soprattutto in casi specifici caratterizzati da concomitanti patologie del tratto rinofaringeo.

■ CON L'INTERDISCIPLINARIETÀ NISSUN MOTIVO PER PIANGERE

Nel corso degli anni la specialità otorinolaringoiatrica ha ricevuto un impulso a estendere le evoluzioni miniinvasive, messe a punto nella chirurgia funzionale nasosinusale, applicandole al trattamento dell'epifora. Gli oftalmologi, invece, hanno perso interesse nel trattamento chirurgico dell'epifora in caso di ostruzione delle vie lacrimali, per via dello sviluppo della branca specialistica in altri settori. D'altronde pochi altri distretti dell'organismo rappresentano una così reale zona di confine e dialogo tra due specializzazioni, come di fatto la collaborazione diagnostica e terapeutica tra otorino e oculista che nella terapia dell'epifora ha oggi apportato indiscutibili vantaggi per il paziente e per la soluzione clinica a minore impatto e maggiore rispetto della funzione.

Le possibili cause dell'eccessiva lacrimazione oculare sono molteplici e quindi spesso difficili da identificare. È importante fare chiarezza sulle

metodiche diagnostiche e le possibilità terapeutiche oggi disponibili offerte dalla sempre più auspicata integrazione tra otorinolaringoiatra e oculista, che hanno rivoluzionato i vecchi approcci caratterizzati dall'esclusiva gestione del problema da parte dello specialista oftalmologo, tipica del passato.

L'epifora identifica la lacrimazione profusa che non riesce ad essere trattenuta all'interno dell'occhio, e come detto è un sintomo molto comune di molte malattie oculistiche che può prendere origine da 3 compartimenti fondamentali: la palpebra, il segmento anteriore oculare o il sistema lacrimale (canalicoli, sacco e dotto lacrimali).

La maggior parte delle condizioni patologiche causa di epifora non influenzano direttamente la vista, ma spesso la lacrimazione determina per chi ne soffre un forte fastidio oculare con annebbiamento e calo visivo, irritazione della cute circostante il bordo oculare e un certo imbarazzo sociale legato alle lacrime continue e incontrollabili.

Altri sintomi e segni invalidanti sono la secrezione mucopurulenta, bruciore e rossore oculare, senso di peso sino a dolore del bulbo oculare, complicanze quali congiuntivite cronica, dacriocistite acuta o cronica, fino a cellulite orbitaria.

Tutti questi sintomi possono essere aggravati da fattori ambientali come il freddo, il vento, i pollini e gli aeroallergeni in generale, la privazione del sonno o lo stress emotivo.

Considerate le cause multifattoriali dell'epifora, è molto importante risalire alla storia clinica del paziente per identificare la reale origine del problema. Con un approccio terapeutico ragionato basato sul riconoscimento delle cause prime del disturbo si potrà giungere alla soluzione efficace del problema.

■ CAUSE ED EZIOPATOGENESI

Le cause di un occhio umido e lacrimoso possono essere ricondotte ad un eccesso di produzione delle lacrime, a un'alterazione del flusso di queste ultime lungo la superficie oculare e pal-

pebrale o a una vera e propria ostruzione nel loro deflusso verso la cavità nasale, il decorso terminale naturale. Talvolta sono tutti e tre i meccanismi a determinare l'epifora, da qui l'importanza di un approccio globale e integrato alla patologia per non sottostimare nessuno di essi.

L'ostruzione congenita del dotto nasolacrimale si verifica in circa il 6% dei bambini, e in genere deriva da un blocco o da un'incompleta canalizzazione lungo il sistema naso-lacrimale, più comunemente all'altezza della valvola di Hasner (l'apertura distale terminale all'interno della cavità nasale del dotto naso-lacrimale, situata a livello del turbinato inferiore). Viene solitamente riconosciuta dai genitori a causa della presenza persistente di secrezione mucopurulenta oculare o per un sospetto di congiuntiviti ricorrenti. L'ostruzione acquisita, invece, può essere primaria o secondaria, ed è una condizione relativamente comune. L'ostruzione di tipo primario deriva da un'infezione di cui non si identifichino le reali cause, che provoca come conseguenza finale un processo fibrotico occlusivo in grado di bloccare il deflusso delle lacrime lungo il sistema naso-lacrimale. Le cause secondarie sono rappresentate da infezioni o infiammazioni ben identificate all'anamnesi, provocate da traumi facciali, neoplasie, agenti tossici, o cause meccaniche, corpi estranei o altro, che ostacolano il fluire della lacrima.

La dacriocistite, l'infiammazione del sacco lacrimale posto all'inizio del canale naso-lacrimale, è una fastidiosissima complicanza secondaria a un'ostruzione del dotto nasolacrimale visibile dall'esterno come una vera e propria tumefazione spesso rossa e dolente tra canto interno e osso nasale, può presentarsi in forma acuta o cronica ed è solitamente di natura infettiva. Il microrganismo più frequentemente coinvolto è lo Stafilococco, ubiquitario su molte superfici e suppellettili della vita quotidiana e pertanto di facile impianto nell'occhio per sfregamento con mani o oggetti contaminati. La dacriocistite risulta essere la causa più frequente di intervento chirurgico di DCR, in quanto la recidiva ed il ripetersi delle infezioni in modo ricorrente rendono la qualità di vita molto scadente e l'epifora si accompagna a fasi infettive dolorose e purulente.

La dacriocistite secondaria è più frequente nella popolazione caucasica. Le donne, oltre i 40 anni, ne risultano più comunemente affette (70-83% dei casi), forse conseguenza del trucco, mentre la dacriocistite congenita si presenta con ugual incidenza in entrambi i sessi.

L'epifora può essere determinata da ostruzioni a diversi livelli della via di deflusso: puntini, canalicoli, dotto nasolacrimale. Pertanto la valutazione diagnostica oculistica non deve prescindere dall'attenta analisi di queste sottosedi per programmare un trattamento efficace e specifico per il singolo caso.

In alcuni casi esiste una cosiddetta epifora funzionale, in cui in assenza di ostruzioni per ciascuna delle sottosedi riportate e senza alterazioni di produzione lacrimale o contenimento palpebrale, il paziente presenta epifora. Anche e soprattutto questi casi vanno adeguatamente studiati e riconosciuti al fine di prevenire insuccessi e trattamenti inutili o peggio dannosi.

■ ANAMNESI E STORIA CLINICA

La storia clinica del paziente è come detto importante per formulare una diagnosi quanto più possibile accurata. L'informazione principale nell'epifora è comprendere la quantità di lacrimazione esistente, calcolando quanto spesso il paziente ha necessità di asciugare l'occhio o il viso per valutare la reale gravità della patologia. Una modesta lacrimazione non è quasi mai indicativa di un'ostruzione del dotto nasolacrimale, mentre una lacrimazione costante e profusa che bagna il viso è molto indicativa per una stenosi del dotto stesso. Conoscere il momento della giornata in cui l'epifora è maggiormente evidente può fornirci ulteriori elementi diagnostici. In caso di lacrimazione secondaria a problemi del segmento anteriore quali occhio secco o blefariti tipicamente la lacrimazione peggiora alla fine della giornata, o quando si esegua un'attività visiva intensa quale leggere o trascorrere molto tempo davanti al computer o tablet. In caso di ostruzione del dotto nasolacrimale la lacrimazione peggiora all'aperto con il freddo o il vento.

Sintomi associati quali dolore puntorio cui fa seguito la lacrimazione sono classicamente da riferire alla lacrimazione da occhio secco. Il dolore e il bruciore al canto mediale dell'occhio vicino alla radice nasale (la proiezione del sacco lacrimale) sono invece maggiormente indicativi di ostruzione del dotto nasolacrimale o di vera e propria dacriocistite. Inoltre è sempre importante analizzare la pregressa storia di rinosinusiti o traumi facciali per le possibili relazioni con l'epifora.

Rinosinusiti croniche infettive, traumi del viso, pregressi interventi di rinoplastica o blefaroplastica possono essere associati con l'epifora considerate la vicinanza delle strutture anatomiche e la contiguità fisiopatologica. In definitiva una buona e accurata storia clinica anamnestica sarà di prezioso aiuto per focalizzare l'esame obiettivo.

■ ESAME CLINICO DELL'OCCHIO

La visita del paziente affetto da epifora non differisce da quella di ogni paziente oculistico standard, solo sarà focalizzata su alcuni elementi peculiari, guidati dalla storia clinica alla ricerca delle possibili cause della lacrimazione. Osservare il viso e gli occhi del paziente durante il colloquio, lontano dalla lampada e dallo strumentario specialistico, consente di acquisire informazioni utili sul problema anche per quelle persone poco collaborative o prevenute nei confronti della visita. La prima cosa da guardare sono le condizioni della pelle e della palpebra circostanti all'occhio con epifora. I pazienti con lacrimazione cronica presentano spesso la cute eritematosa, desquamata e irritata, in special modo al canto mediale e laterale, regioni dove la pelle viene più spesso grattata e asciugata. Altro segno facile da osservare senza necessità di manipolazione dell'occhio è l'alterata posizione della rima palpebrale, di cui entropion o ectropion rappresentano le più comuni patologie. Ulteriore importante segnale di semplice osservazione è il battito delle palpebre, di cui valutare la forza e la frequenza. Pazienti che abbiano sofferto di paralisi di Bell (coinvolgimento del nervo facciale) avranno una ridotta forza e frequenza del battito palpebrale, sino al lagofalmo

(chiusura incompleta della rima palpebrale con occhio parzialmente scoperto generalmente nella sua metà inferiore). Nei pazienti con frequente battito delle palpebre la causa della lacrimazione può essere ad esempio conseguenza di irritazioni oculari o blefarospasmo. Altra valutazione da effettuare è l'osservazione dell'occhio: se si presenta umido e brillante dallo stesso lato dove esiste l'epifora, è molto probabile che sia sede di un'ostruzione. Se l'occhio sede dell'epifora presenta aree di opacità corneale, allora può trattarsi di sindrome da occhio secco o essere in presenza di patologie che coinvolgono il segmento anteriore oculare.

Passando all'esame fisico dell'occhio possiamo trarre informazioni utili alla diagnosi, ancora senza ricorrere a strumentario diagnostico oculistico ma con l'ausilio di una semplice fonte di luce. Per quanto riguarda la palpebra inferiore va esaminata la sua eventuale lassità con un semplice test, che consiste nel pizzicarla per distaccarla dal globo oculare valutando se ritorna in posizione da sola o necessita di un battito palpebrale per rimettersi al suo posto. Anche la posizione della palpebra va valutata, se il canto laterale e mediale siano in linea tra loro oppure a diverso livello. Una caduta verso il basso del canto può essere segno di lassità palpebrale e causa di epifora. I puntini lacrimali devono essere situati a contatto col globo oculare, per consentire il facile accesso delle lacrime ai canalicoli. Con una manovra digitale andrà trazione la palpebra supero-lateralmente per verificare se questa ritorni alla sua normale posizione soprattutto a livello dei puntini lacrimali. Il canto mediale va osservato a livello della proiezione del sacco lacrimale per valutarne rigonfiamenti o altri segni di possibile patologia. Un massaggio della regione del sacco potrà mettere in evidenza la fuoriuscita di secrezione fluida o mucopurulenta, espressione di una ostruzione della via lacrimale.

L'esame obiettivo va sempre integrato con l'ausilio specialistico oculistico della lampada a fessura che consente una maggiore accuratezza per minime alterazioni talora non visibili ad occhio nudo. La valutazione del menisco lacrimale (il livello delle lacrime al confine tra rima palpe-

brale inferiore e globo oculare) può orientare verso la sindrome dell'occhio secco in caso di riduzione di esso, o verso un problema di deflusso lacrimale in caso di aumento. I bordi palpebrali devono essere ispezionati per la eventuale presenza di disfunzione delle ghiandole di Meibonio o blefariti; e anche una minima malposizione delle palpebre o dell'impianto delle ciglia può essere svelata dall'ingrandimento della lampada (ciglia in trichiasi, euriblefaron, malformazioni, esiti di precedenti chirurgie palpebrali). I puntini lacrimali saranno valutati con attenzione al calibro e alla posizione, con particolare riguardo ad eventuale occlusione degli stessi da parte della caruncola o della plica semilunare, in posizione di riposo (valutazione stenosi, ectropion). Anche la congiuntiva e la cornea saranno osservate per valutarne qualità e stato di salute.

■ ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI

Concluso l'esame clinico obiettivo dell'occhio come descritto, dovremmo avere identificato l'orientamento diagnostico più plausibile in relazione alla sede di patologia (segmento anteriore, palpebra, o drenaggio della via lacrimale). È a questo punto possibile eseguire dei test di secondo livello prettamente in ambiente oculistico.

Per un sospetto di occhio secco è indicato il test di Schirmer previa anestesia oculare. Pazienti che presentano epifora come conseguenza dell'occhio secco, hanno una riduzione della produzione basale di lacrime, e questo è ben documentabile dal test.

In caso di malposizione della palpebra, un taping palpebrale con cerotto può rivelarsi semplice ed utile alla conferma della diagnosi. Un cerotto viene posto lateralmente al canto esterno palpebrale riducendo e assottigliando la rima e deformandola superolateralmente. Se al miglioramento della tenuta palpebrale con il taping consegue una riduzione dell'epifora, questo può orientarci verso la scelta di una chirurgia palpebrale con buone possibilità di successo per la lacrimazione.

Quando si sospetti un problema nel deflusso delle lacrime attraverso la via lacrimale, la tecnica di scelta è eseguire un lavaggio con Soluzione Fisiologica (SF) della via stessa. In caso di mancata percezione della SF nel rinofaringe da parte del paziente, si può eseguire un sondaggio con probe che rappresenta una manovra diagnostica, ma anche terapeutica, efficace e completa in mani esperte. Inoltre, nei casi in cui si incontra difficoltà nell'incannulamento stesso con necessità di dilatare il puntino lacrimale, avremo già identificato la stenosi del puntino come parte del problema alla base dell'epifora.

Il lavaggio deve essere il più possibile riproducibile (scelta di cannula, siringa e tecnica) e quindi è importante avere a disposizione sempre lo stesso strumentario idoneo. Si consiglia utilizzare una cannula da 23G, affinché non si creino false vie traumatiche, ma in mani esperte può essere usata anche una cannula 26G.

La siringa per effettuare il lavaggio deve essere da 3-cc. La scelta di una siringa a maggior volume (5-cc o oltre) richiederebbe una pressione maggiore per far passare la SF attraverso la cannula, mentre una di volume minore incontrerebbe il problema inverso. Con l'impiego di una siringa da insulina (1-cc) irrigare la SF sarebbe troppo facile e pertanto più difficile identificare una ostruzione lacrimale.

Anche la preparazione alle tecniche di lavaggio e sondaggio deve essere accurata. La superficie oculare deve essere anestetizzata. Un tamponcino di cotone imbevuto di anestetico può essere posizionato tra i due puntini per alcuni minuti per ridurre il fastidio. È utile anche iniettare 1-2 ml di anestetico anche nella via lacrimale attraverso la cannula. Il paziente sarà invitato a guardare in alto durante le varie manovre. La palpebra andrà stirata lateralmente e, se necessario dilatare, il dilatatore andrà dapprima introdotto verticalmente dentro il puntino e successivamente orientato orizzontalmente lungo il decorso del canalicolo in linea con la palpebra. Nel dilatare si eseguirà una leggera pressione accompagnata da una lenta rotazione del dilatatore tra le dita. Nell'introduzione delicata della cannula dovremo procedere sino a toccare senza ostacoli la parete mediale dell'orbita.

In caso di percezione di un blocco nella progressione questo sarà indice di una ostruzione canalicolare. Se durante il lavaggio invece si progredisce facilmente nei canalicoli ma la SF rigurgita, l'ostruzione sarà localizzata nel sacco o ancora più distalmente.



Prima di eseguire il lavaggio bisogna ritirare leggermente la cannula e premere sulla siringa. In caso di sistema lacrimale pervio l'irrigazione sarà facile e il paziente riferirà di sentire scorrere del liquido nel naso sino a percepirlo in gola (utilizzare SF aiuterà il paziente ad identificare il gusto salino, indice di corretto passaggio attraverso la via lacrimale). Quando si incontra leggera resistenza al lavaggio, con necessità di applicare più forza ma comunque con passaggio della SF, questo è indice di stenosi parziale. Una forte resistenza all'irrigazione con reflusso di liquido attorno alla cannula e dall'altro canalicolo e dai puntini è invece la conferma di una stenosi completa del dotto.

In caso di **epifora del bambino**, restando valide le altre metodiche diagnostiche, è anche la semplice pressione sul sacco lacrimale a determinare il rigurgito lacrimale e a guidare la diagnosi.

Essendo frequenti le guarigioni spontanee entro il primo anno di vita, ogni terapia invasiva andrebbe differita dopo il compimento dei 12 mesi del bambino. Sono invece consigliabili massaggi del sacco lacrimale eseguibili dai genitori per allontanare le crisi di epifora e di infezioni. Il sondaggio del dotto nasolacrimale, da prendere in considerazione in caso di gravi infezioni ricorrenti, rappresenta il trattamento di primo livello in età pediatrica specie sotto i 12 mesi. La caratteristica dei sondaggi lacrimali in età pediatrica è la necessità di ripeterli con cadenza dapprima semestrale, per ridursi sino a cadenza bimestrale in caso di insuccesso nello sblocco della via nasolacrimale. In caso di persistenza dell'epifora con comparsa di infezioni ricorrenti, si dovrà procedere con una DCR vera e propria. Unica alternativa prima di arrivare alla soluzione DCR è l'intubazione con tubi in silicone (Crawford, Juneman, Ritleng) che a fronte di una bassa invasività hanno riportato percentuali di successo elevate in casi ben studiati e selezionati (80-90%).

L'esame obiettivo endonasale, prettamente di pertinenza ORL, deve sempre completare la valutazione del paziente con epifora. Può essere eseguita in rinoscopia anteriore con uso di speculo nasale e caschetto frontale per illuminazione diretta degli spazi nasali. Questa osservazione però, pur fornendo dati generali sulla presenza di masse nasali, polipi, deviazioni del setto nasale ed ipertrofia dei turbinati, condizioni infiammatorie della mucosa, va sempre integrata con una endoscopia a fibre ottiche per valutare con maggiore dettaglio la cavità nasale e i meati nasosinusalari in modo completo ed identificare le proiezioni endonasali del sistema lacrimale, verificando eventuali patologie concomitanti o comunque efficienti a sostenere l'epifora.

■ METODICHE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE

La dacriocistografia con iniezione di mezzo di contrasto attraverso i puntini, fornisce dati utili sullo stato delle vie lacrimali e sul deflusso in cavità nasale. Tradizionalmente viene eseguita, a distanza di 5 minuti dalla somministrazione di contrasto per consentirne il possibile completo deflusso, eseguendo delle semplici radiografie standard del cranio con particolare riferimento alla regione nasolacrimale. Oggi questo stesso approccio contrastografico può essere invece applicato nell'ambito di uno studio TC (Dacrio-TC) che fornisce informazioni molto più precise e dettagliate sulla via lacrimale ma soprattutto con un singolo esame consente di ottenere dati sulle regioni nasosinusale e sui rapporti tra le diverse sottosedimenti utili in funzione della programmazione chirurgica e della diagnostica differenziale, anche con ricostruzione 3D.

■ METODICHE DIAGNOSTICHE ENDOSCOPICHE

L'introduzione in commercio di endoscopi microcanalicolari consente l'osservazione diretta delle più fini alterazioni endoluminali (fibrinose, cicatrici) oltre all'esplorazione completa e funzionale di tutta la via lacrimale.

Tuttavia essa rappresenta un esame di secondo livello di utilizzo poco frequente, anche perché molte informazioni possono essere ricavate dagli approcci integrati con gli esami sopra riportati.

■ INDICAZIONI MEDICHE E/O CHIRURGICHE

L'ostruzione congenita del dotto nasolacrimale si risolve nella maggior parte dei casi spontaneamente con un trattamento medico conservativo. Tuttavia, occasionalmente, si rende necessario un intervento con sondaggio ed irrigazione, oppure di tipo chirurgico.

Le ostruzioni acquisite necessitano di intervento chirurgico quando la terapia medica non risulta più efficace nella risoluzione della patologia di base. Una attenta anamnesi, una adeguata valutazione oculistica con studio della via lacrimale e una visita otorinolaringoiatrica con l'ausilio di un esame endoscopico della cavità nasale permettono di selezionare con maggiore precisione il paziente alla chirurgia.

Dopo avere identificato la causa della lacrimazione, il trattamento dovrà essere come detto mirato alla soluzione dello specifico caso, sottostante e motivazione ostruttiva. Problemi del segmento anteriore, quali occhio secco e blefariti, andranno trattate con terapie mediche.

Alterazioni della posizione palpebrale, se sintomatiche, si gioveranno di trattamenti chirurgici sulla palpebra mirati a ripristinarne il tono e la corretta tenuta in rapporto alla superficie oculare, se necessario restringendo e assottigliando la rima. Le ostruzioni nasolacrimali andranno trattate in relazione alla sede e al problema clinico; le stenosi dei puntini mediante puntoplastica, le stenosi o l'ostruzione dei canalicoli con canaliculoplastica, l'asportazione delle aree fibrotiche e cicatriziali interne e ricostruzione del canale e del suo lume mediante uno stent in silicone o posizionamento di tubo di Jones per alcuni mesi per impedirne la restenosi (realizzando così una congiuntivo-DCR). Il posizionamento di fili di silicone o di stent a lungo termine rappresentano una terapia di scelta per le stenosi o ostruzioni dei canalicoli o in caso di danneggiamento del lume interno della via lacrimale, inseriti per via

anterograda (nelle ostruzioni distali) o retrograda (in quelle prossimali) per superare il problema ostruttivo.

Per quanto riguarda casi di stenosi nasolacrimali parziali, si è dimostrata efficace la dilatazione con balloon dedicato del dotto e il posizionamento temporaneo di filo di silicone come stent. Per le epifore funzionali, in caso di insuccesso dei trattamenti conservativi sopra riportati, e una volta escluse tutte le possibili concause, la DCR rimane comunque un'ipotesi terapeutica, specie in caso di ristrettezza congenita endoluminale anche senza una vera e propria stenosi.

Nei casi di ostruzione completa, la DCR rappresenta nella nostra esperienza l'intervento di scelta, mentre come detto, la tecnica per via esterna è oggi da riservare solo in casi selezionati di insuccesso della metodica endoscopica endonasale.

Quando si dovesse rinunciare alla chirurgia, una alternativa conservativa anche se con risultati parziali, potrà essere l'iniezione di tossina Botulinica A nel sistema ghiandolare lacrimale.

Da ricordare come molti pazienti abbiano più fattori contemporaneamente presenti a sostenere la loro epifora, e quindi più che mai in questa patologia è necessario procedere in modo ragionato integrando progressivamente le soluzioni a minore impatto traumatico sino ad arrivare alla chirurgia che dovrà essere comunque ultra-selettiva e mini-invasiva, solo in caso di insuccesso dei trattamenti precedentemente messi in atto.

■ TECNICHE CHIRURGICHE DI DCR

La DCR, esterna o endoscopica, è il trattamento preferito per la gestione delle ostruzioni del dotto naso-lacrimale e quindi della dacriocistite cronica, eseguibile in regime di Day-Surgery. L'intervento è tipicamente associato ad alte percentuali di successo, dell'ordine del 80%-95% a seconda dell'etiologia dell'ostruzione.

Gli studi che hanno confrontato i differenti approcci, esterni ed endoscopici, hanno dimostrato un successo paragonabile con entrambe le procedure, quando eseguite in centri specializzati.

La DCR tradizionale, con approccio dall'esterno, consiste nel creare una nuova via di drenag-

gio tra il sacco lacrimale e la cavità nasale, incidendo l'osso nasale per via trans-cutanea. Tale intervento, risultato di decenni di esperienza trascorsi, è molto efficace ma si caratterizza per una grande invasività, maggiori rischi intra e postoperatori e per un lungo periodo di recupero postoperatorio.

L'uso estensivo degli endoscopi a fibre ottiche rigide nella chirurgia ORL, insieme alla maggiore diffusione della chirurgia in equipe multidisciplinari, ha oggi apportato un importante contributo nello sviluppo e perfezionamento della DCR endoscopica come trattamento delle ostruzioni del dotto naso-lacrimale. I principali vantaggi di un approccio endoscopico includono l'assenza di una incisione cutanea con conseguente cicatrice, una minor alterazione della pompa lacrimale, la capacità di affrontare concomitanti patologie nasali, la possibilità di operare anche in caso di dacriocistite acuta, la capacità di identificare i fattori eziologici di fallimento, un minor tempo operatorio, una diminuzione della morbidità postoperatoria e il vantaggio di una riabilitazione precoce.

La DCR endoscopica (**Fig. 1-4**) può essere classificata in DCR con strumentario motorizzato (con ausilio di microfrese, debrider e microstrumenti freddi), DCR endolaser (chirurgia interamente effettuata con un laser) oppure in DCR endolaser assistita chirurgicamente (chirurgia con laser e microstrumenti freddi). Vari sistemi laser (anidride carbonica, olmio: YAG, neodimio YAG, KTP, Erblio e diodi) sono stati utilizzati con successo per la creazione della rinostomia (ostio che mette in comunicazione il sacco lacrimale con la cavità nasale), con simili risultati funzionali postoperatori.

La nostra procedura, tecnica transcanalicolare con laser a diodi in video-rinoendoscopia HD, viene effettuata generalmente in anestesia generale endovenosa. Si esegue una adeguata preparazione della cavità nasale. Viene rimosso e vaporizzato il tessuto osseo nasolacrimale attraverso l'utilizzo di un laser a diodi introdotto a livello del puntino lacrimale inferiore e fatto successivamente passare attraverso la via lacrimale inferiore sino alla porzione inferomediale del sacco.

FIG. 1: LOCALIZZAZIONE SACCO LACRIMALE



FIG. 2: APERTURA DELLA BRECCIA OSSEA DEL SACCO



FIG. 3: APERTURA SACCO LACRIMALE CON FUORIUSCITA PUS

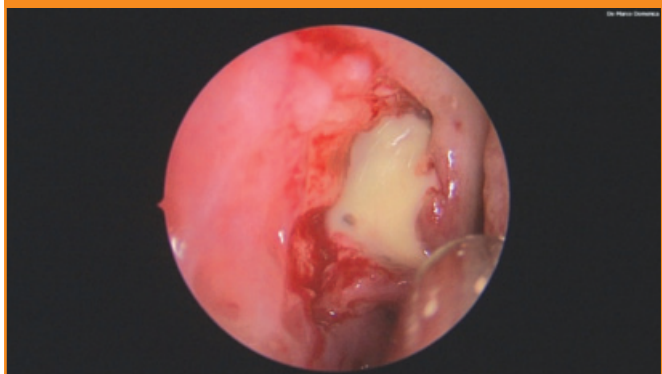
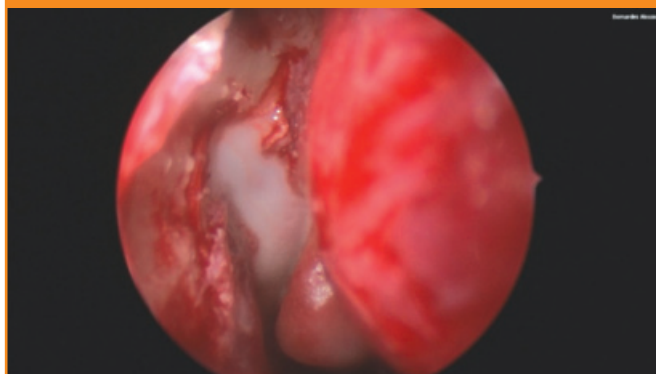


FIG. 4: IRRIGAZIONE E LAVAGGIO DELLA VIA LACRIMALE



Viene creata una rinostomia a tale livello (circa 0,5-1 centimetro per non perdere la funzione di pompa del sacco con aperture troppo ampie) e viene posizionato uno stent di silicone lasciato in situ per massimo 3 mesi (**Fig. 5**).

Secondo recenti studi, tale tecnica, se paragonata ad interventi chirurgici simili di DCR, è risultata della stessa efficacia ma si caratterizza per i più brevi tempi operatori e per maggiore rispetto delle strutture e della funzione nasale e lacrimale.

■ CONCLUSIONI

Il trattamento chirurgico dell'epifora, in caso di ostruzione del dotto nasolacrimale, risulta essere una tecnica efficace e sicura. La DCR, esterna o endoscopica, ristabilendo il flusso delle lacrime fino al meato nasale, permette al paziente di migliorare la propria qualità di vita ed evitare lunghi trattamenti antibiotici e cortisonici in caso di dacriocistite.

FIG. 5: STENT IN SILICONE IN SEDE



Il trattamento per via endoscopica, efficace quanto il trattamento chirurgico tramite accesso esterno transcutaneo, nelle nostre mani, rappresenta la scelta chirurgica meno invasiva e più accurata. La via endoscopica permette inoltre di mantenere una maggiore integrità della struttura anatomica. La collaborazione tra otorinolaringoiatra ed oftalmologo è fondamentale sia

nella fase preoperatoria che postoperatoria. La presenza di patologie nasali o di pregressi interventi chirurgici deve essere presa in considerazione dall'otorino. L'oculista, invece, deve valutare la superficie oculare in sede preoperatoria e stabilire se si è in presenza di epifora funzionale: un intervento chirurgico ben riuscito sarebbe considerato dal paziente un insuccesso totale in caso di persistenza dell'epifora.

La collaborazione dei due specialisti, nel trattamento postoperatorio, abbassa il numero di restenosi e quindi di recidive, grazie alla terapia combinata oculare e nasale unita ad un attento follow-up.

La Dacrio-TC è un esame strumentale fondamentale nella valutazione preoperatoria del paziente; permette di studiare ad ottime risoluzioni anomalie anatomiche e concause che hanno portato all'epifora anche con ricostruzioni 3D che aiutano a visualizzare l'insieme e pianificare la procedura facilitando la didattica. Riteniamo pertanto che la nostra tecnica di DCR minivasiva, endoscopica laser-assisted, effettuata in collaborazione tra otorino ed oculista, pianificata grazie a tecniche di imaging di ultima generazione, permetta di ottenere numerosi vantaggi rispetto ad altre tecniche chirurgiche, col fine di restituire al paziente una migliore qualità di vita in assenza di epifora. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Arita R, Fukuoka S, Morishige N. New insights into the morphology and function of meibomian glands. *Exp Eye Res.* 2017 Oct;163:64-71.
2. Petris C, Liu D. Probing for congenital nasolacrimal duct obstruction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jul 12;7:CD011109.
3. Wong ES, Li EY, Yuen HK. Long-term outcomes of punch punctoplasty with Kelly punch and review of literature. *Eye (Lond).* 2017 Apr;31(4):560-565.
4. Patella F, Panella S, Zannoni S, Jannone ML, Pesapane F, Angileri SA, Sbaraini S, Ierardi AM, Soldi S, Franceschelli G, Carrafiello G. The role of interventional radiology in the treatment of epiphora. *Gland Surg.* 2018 Apr;7(2):103-110.
5. Heichel J, Struck HG, Viestenz A, Hammer T, Viestenz A, Fiorentzis M. Anatomic landmarks in lacrimal surgery from an ophthalmologist's point of view: Clinical findings of external dacryocystorhinostomy and dacryoendoscopy. *Clin Anat.* 2017 Nov;30(8):1034-1042.
6. Green R, Gohil R, Ross P. Mucosal and lacrimal flaps for endonasal dacryocystorhinostomy: a systematic review. *Clin Otolaryngol.* 2017 Jun;42(3):514-520.
7. Detorakis ET, Zissimopoulos A, Ioannakis K, Kozobolis VP. Lacrimal outflow mechanisms and the role of scintigraphy: current trends. *World J Nucl Med.* 2014 Jan;13(1):16-21.
8. Savino G, Battendieri R, Traina S, Corbo G, D'Amico G, Gari M, Scarano E, Paludetti G. External vs. endonasal dacryocystorhinostomy: has the current view changed? *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2014 Feb;34(1):29-35.
9. Bukhari AA. Meta-analysis of the effect of posterior mucosal flap anastomosis in primary external dacryocystorhinostomy. *Clin Ophthalmol.* 2013;7:2281-5.
10. Huang J, Malek J, Chin D, Snidvongs K, Wilseck G, Tumuluri K, Sacks R, Harvey RJ. Systematic review and meta-analysis on outcomes for endoscopic versus external dacryocystorhinostomy. *Orbit.* 2014 Apr;33(2):81-90.

NOTIZIE FLASH

■ GIUSEPPE VISCO - Roma

■ SEQUENZA GENOMICA NELLE NEFROPATIE CRONICHE

Groopman EE et Al – NEJM 2019, 380 (2),142-51.

In un gruppo di 3315 nefropatici cronici provenienti da varie nazioni è stata effettuata, negli USA, l'analisi della sequenza genomica (o esoma) ma soltanto in 307 di essi (9,3%) è stata identificata una variante con significato diagnostico (nefropatia congenita, rene policistico, ecc.). Inoltre, solo 34 pazienti hanno ricavato, dal questa informazione, conseguenze positive sul piano terapeutico. Gli A. concludono per la scarsa utilità, in questo campo, di una indagine che si va, invece, sempre più diffondendo sotto la spinta commerciale.

■ ICOSAPENT NELTRATTAMENTO DELLA IPER-TRIGLICERIDEMIA

Bhatt D.L. et Al – NEJM 2019, 380 (1),11-22.

In una vasta indagine randomizzata e controllata USA sono stati arruolati 8179 soggetti che presentavano un elevato tasso di trigliceridi nel sangue, nonostante i precedenti trattamenti con le statine. I pazienti hanno ricevuto 4 g/die di Icosapent etile (ovvero placebo) e sono stati poi seguiti per circa 5 anni. Alla conclusione dello studio, è risultato che il rischio di eventi ischemici (ivi comprese tutte le morti per causa cardiovascolare) è significativamente inferiore nei pazienti trattati con questo farmaco.

■ I BIOFOSFONATI NELLA PREVENZIONE DELLE FRATTURE

Reid I. R. et Al – NEJM 2018, 379 (25),2407-16.

In Nuova Zelanda, circa 2000 donne ultra-65enni. in menopausa e affette da osteopenia, sono state trattate con 4 infusioni ogni 18 mesi, di 5 mg di zoledronato (un bio-fosfonato di largo uso in terapia) e poi seguite per 10 anni. Dall'indagine – controllata e randomizzata in doppio cieco – è risultato che il rischio delle fratture (vertebrali e non) da fragilità, nonché la diminuzione dell'altezza somatica sono nettamente inferiori nei soggetti così trattati.

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

CORSI PROPOSTI GENNAIO - GIUGNO 2019

GENNAIO

11 Gennaio - 6 Dicembre 2019
**REVISIONE CASI CLINICI:
LA PRASSI PSICOTERAPEUTICA**

Resp.: D. Colamedici, A. Cantini, G. Del Misssier – Incontri: 20 – Coop. Soc. di Psicoterapia Medica. Aperto a 15 Medici, Psicologi – **Crediti: 50**

21 Gennaio - 24 Giugno 2019
**ANNULLARE LA MENTE,
ANNULLARE IL CORPO. PSICOSOMATICA, ANORESSIA,
SOCIAL MEDIA E PSICOSI**

Resp.: T.A. Polisenno – Incontri: 21 – ASL ROMA 1 - DSM – Aperto a 20 Medici e Psicologi – **Crediti: 29,5**

31 Gennaio - 21 Febbraio 2019
RUOLO DELLA MORFOLOGIA NELLE DIAGNOSI DELLE EMOPATIE

Resp.: U. Recine – Incontri: 4 – ASL ROMA1, Aula SMO – Aperto a 22 Medici e Biologi – **Crediti: 28**

FEBBRAIO

2 Febbraio - 6 Luglio 2019
SEPARAZIONE E DIVORZIO: ASPETTI LEGALI E BIO-PSICO-SOCIALI

Resp.: F. Aceti, L. Petruccioli – Incontri: 9 – Istituto per le Relazioni e i Legami Affettivi e sociali – Aperto a 30 Medici e Psicologi – **Crediti: 48,1**

5 - 26 Febbraio 2019

LE RELAZIONI FRA SISTEMA IMMUNITARIO, SISTEMA NERVOSO E ENDOCRINO

Resp.: A. Castiglione Humani – Incontri: 3 – ASL ROMA1, Aula SMO – Aperto a 20 Med, Bio. – **Crediti: 16,5**

6 Febbraio - 20 Marzo 2019
CORSO DI PSICOFARMACOLOGIA CLINICA I

Resp.: M. Raja – Incontri: 5 – ASL ROMA1, Aula SMO – Aperto a 22 Medici e Psicologi – **Crediti: 26,2**

8 Febbraio - 12 Luglio 2019
DIVENTARE PSICOTERAPEUTI: UN PERCORSO UMANO E PROFESSIONALE

Resp.: D. Colamedici, A. Cantini, P.M. Galeandro – Incontri: 5 – Coop. Soc. di Psicoterapia Medica – Aperto a 15 Medici, Psicologi – **Crediti: 24**

8 Febbraio - 22 Marzo 2019
PSICOPATOLOGIA DELLA ADOLESCENZA. LA VIOLENZA ADOLESCENZIALE, L'USO DI SOSTANZE E LA CRIMINALITÀ NEGLI ADOLESCENTI DI OGGI

Resp.: A. Grassi – Incontri: 4 – ASL ROMA 1 – Aula SMO – Aperto a 22 Medici e Psicologi – **Crediti: 36,9**

15 Febbraio 2019
L'ACIDO JALURONICO NELLE SUE VARIE FORMULAZIONI: DALLA BIO RIGENE-

RAZIONE AI VOLUMI

Resp.: R. D'Emilio – Incontri: 1 – ASL RM 1 - Aula SMO – Aperto a 20 Medici – **Crediti: 13,2**

17 Febbraio - 6 Ottobre 2019
CORSO ANNUALE IN PSICOTERAPIA MULTIMEDIALE 2019

Resp. D. A. Nesci – Incontri: 9 Moduli – SIPSI – Aperto a 30 Med. e Psic. – **Crediti: 50**

20 Febbraio 2019
APPLICAZIONE DELLA DETERMINA REGIONALE IN TEMA DI VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI SANITARI. REALTÀ TERRITORIALE ED INIZIATIVE DI STRUTTURA

Resp: C. Clementi – Incontri: 1 – Sala Congressi Civitavecchia – Aperto a 80 tutte le professioni – **Crediti: 5,2**

22 Febbraio - 6 Dicembre 2019
PERCORSO FORMATIVO PER OPERATORI SANITARI IMPEGNATI NEL TRATTAMENTO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Resp.: M. Di Nunzio – Incontri: 9 – Ass.ne Socio Culturale "Villa Carpegna" – Aperto a 30 Medici – **Crediti: 50**

25 Febbraio - 15 Aprile 2019
PERCORSI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI IN MEDICINA INTERNA

Resp.: R. Massini – Incontri: 7 –

AGENDA DELLA SCUOLA

ASL ROMA 1, Aula SMO – Aperto a 22 Medici – **Crediti: 33**

25 Febbraio – 6 Marzo 2019 **PERIIMPLANTITI E GESTIONE DEI TESSUTI MOLLI PERIIMPLANTARI: DALL'ITER DIAGNOSTICO AL PROTOCOLLO TERAPEUTICO**

Resp.: S. Corbi, G. Tarquini – Incontri: 2 teorici + 2 pratici a turnazione – Studio Dott. Tarquini – Aperto a 22 Medici, Odontoiatri e Igienisti – **Crediti: 38,7**

MARZO

4 - 5 Marzo 2019

ACCESSI VASCOLARI ECOGUIDATI: INDICAZIONI, TECNICHE, GESTIONE, COMPLICANZE

Resp.: M. Bosco, F. Zecchini, A. Castagna – Incontri: 2 – ASL ROMA 1 - Aula SMO – Aperto a 50 Medici – **Crediti: 20**

5 Marzo - 9 Aprile 2019

CORSO DI ECOGRAFIA MUSCOLO SCHELETRICA

Resp.: A. Soldo – Incontri: 2 teorici e 2 pratici per ciascun partecipante – ASL ROMA 1 - Aula SMO – Aperto a: 16 Med – **Crediti: 20**

7 - 21 Marzo 2019

AGGIORNAMENTI SULLA SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE CONTEMPORANEA NELLA TERAPIA E PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE

Resp.: N. Marinosci, F. Morichetti – Incontri: 3 – ASL ROMA 1 - Aula SMO – Aperto a 22 Med, Bio e Diet – **Crediti: 17,1**

13 - 27 Marzo 2019

TUMORE DELLA MAMMELLA: ATTUALITÀ NELLA DIAGNOSI E TERAPIA

Resp.: A. Caramanica – Incontri: 3 – Pol. Mil. di Roma Celio – Aperto a 30 Medici, Infermieri, Tec. Radiologi – **Crediti: 27**

16 Marzo 2019

PREVENIRE E FRONTEGGIARE L'EMERGENZA NELLO STUDIO ODONTOIATRICO

Resp.: C. Di Maria, M. Niso – Incontri: 1 – Studio Dott. Di Maria – Aperto a 20 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 11,6**

19 - 26 Marzo 2019

LE SOSTANZE DI ABUSO: REFERTAZIONE CLINICA, PRIVACY, PROFILI DI MEDICINA DEL LAVORO E DI MEDICINA LEGALE

Resp.: C. Parascani – Incontri: 2 – ASL RM 1 - Aula SMO – Aperto a 22 Medici – **Crediti: 22,1**

21 Marzo - 7 Giugno 2019

MANAGEMENT E RESPONSABILITÀ DELLE STRUTTURE E DELLE PROFESSIONI SANITARIE. LEGISLAZIONE E GIURISPRUDENZA - PARTE SPECIALE

Resp.: A. Chillà – Incontri: 8 – Tribunale di Roma - Aula V. Occorsio – Aperto a 100 Partecipanti – **Crediti: 50**

25 Marzo 2019

CORSO TEORICO PRATICO SUL CORRETTO APPROCCIO CLINICO-TERAPEUTICO ALL'EMBOLIA POLMONARE ACUTA. CASI CLINICI

Resp.: R. De Rosa – Incontri: 1 – ASL ROMA 1 - Aula SMO – Aperto a 22 Medici – **Crediti: 11**

29 Marzo 2019

DAL FULL FACE ALL'IPERIDROSI: LE GRANDI RISORSE DEL BOTULINO

Resp.: R. D'Emilio – Incontri: 1 – ASL RM 1 - Aula SMO – Aperto a 20 Medici – **Crediti: 13,8**

APRILE

2 - 9 Aprile 2019

PERCORSI DI DIAGNOSTICA MORFOLOGICA PER MEDICI DI LABORATORIO: DAL REFERTO AL VETRINO

Resp.: G. Zini – Incontri: 2 – ASL ROMA 1 - Aula SMO – Aperto a 22 Medici e Biologi – **Crediti: 11,6**

3 - 5 Aprile 2019

EAB, IDRO-ELETTROLITICO E SCAMBI GASSOSI NEL PAZIENTE CRITICO

Resp.: C. Mollica – Incontri: 3 – ASL ROMA 1 – Aperto a 30 Medici – **Crediti: 22,4**

8 - 16 Aprile 2019

PARODONTOLOGIA CLINICA BASICA E AVANZATA

Resp.: S. Corbi, G. Tarquini – Incontri: 3 teorici + 2 pratici a turnazione – Studio Dott. Tarquini – Aperto a 22 Medici, Odontoiatri e Igienisti – **Crediti: 46,5**

10 - 17 Aprile 2019

IL RAPPORTO CORPO-MENTE. ASPETTI FISILOGICI, EPIDEMIOLOGICI E CLINICI

Resp.: M. Raja – Incontri: 2 – ASL ROMA 1 - Aula SMO –

Aperto a 22 Medici e Psicologi
– **Crediti: 11,3**

12 Aprile 2019

I TEST GENETICI NELLA DIAGNOSI DI CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA

Resp.: C. Autori, M. Piane, G. Sabbadini – Incontri: 1 – AO S. Andrea – Aperto a 80 Medici, Biologi e Tec Lab – **Crediti: 11**

12 Aprile 2019

DISTURBI PSICOPATOLOGICI NEL PERIODO PERINATALE

Resp. F. Aceti – Incontri: 1 – ASL ROMA1 - Aula SMO – Aperto a 22 Medici e Psicologi – **Crediti: 9**

13 Aprile 2019

LA SEDAZIONE DEL PAZIENTE ODONTOIATRICO

Resp.: C. Di Maria, M. Niso – Incontri: 1 – Studio dott. Di Maria - Aula SMO – Aperto a 20 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 11,6**

MAGGIO

6 - 31 Maggio 2019

LA BRONCOSCOPIA PER SPECIALISTI DELLE MALATTIE DEL TORACE ED ANESTESISTI

Resp.: G. Galluccio, R. Dello Iacono – Incontri: 2 teorici e 4 pratici – Aula SMO e AO S. Camillo-Forlanini – Aperto a 22 Medici – **Crediti: 40,6**

6 Maggio - 6 Giugno 2019

CORSO TEORICO-PRATICO DI ECOGRAFIA INTERNISTICA

Resp.: A. Lombardo – Incontri: 2 teorici e 2 pratici – Clinica

Villa Betania – Aperto a 10 Medici – **Crediti: 20 (ca)**

7 Maggio 2019

UPDATE ON GUT MICROBIOTA: IMPLICAZIONI NELLA PRATICA CLINICA

Resp.: V. Ojetti – Incontri: 1 – ASL ROMA1 - Sala Alessandrina – Aperto a 100 Med, Bio, Inf, Dietisti – **Crediti: 9**

8 Maggio - 26 Giugno 2019

CORSO DI PSICOFARMACOLOGIA CLINICA II

Resp.: M. Raja – Incontri: 5 – ASL ROMA 1 - Aula SMO – Aperto a 22 Medici e Psicologi – **Crediti: 26,2**

9 Maggio 2019

NOVITÀ SULL'OSTEOPOROSI NEL 2019

Resp.: S. Minisola – Incontri: 1 – ASL ROMA 1 - Sala Alessandrina – Aperto a 80 Medici – **Crediti: 9**

14 - 21 Maggio 2019

CORSO INTERATTIVO DI MEDICINA D'URGENZA E DI PRONTO SOCCORSO CON PRESENTAZIONE DI CASI CLINICI

Resp.: F. Alegiani – Incontri: 3 – ASL ROMA1 - Aula SMO – Aperto a 20 Med, Bio, Inf. e Tecn. lab – **Crediti: 20**

15 - 29 Maggio 2019

ATTIVITÀ CERTIFICATA PER IDONEITÀ ALLA GUIDA: PROCEDURE E RESPONSABILITÀ MEDICO-LEGALI

Resp.: A. Caramanica – Incontri: 3 – Pol. Mil. di Roma Celio – Aperto a 30 Medici, Infermieri, Tec. Radiologi – **Crediti: 27**

16 - 17 Maggio 2019

ANALISI DEI GENI BRCA1 E BRCA2 E DI PANNELLI MULTI-GENICI NEL PERCORSO DIAGNOSTICO, DI SORVEGLIANZA E RIDUZIONE DEL RISCHIO DEI TUMORI EREDO-FAMILIARI DELLA MAMMELLA E DELL'OVAIO MANE

Resp.: M.S. Pergola, G. Sabbadini – Incontri: 2 – Ist. CSS-Mendel – Aperto a 70 Medici, Biologi, Psicologi e Tec Lab. – **Crediti: 20**

16 - 17 Maggio 2019

LE NUOVE TECNOLOGIE AL SERVIZIO DELLA FUNZIONALITÀ RESPIRATORIA. LA FILOSOFIA DEL "LESS IS MORE" E LA MEDICINA PERSONALIZZATA - XIV CORSO SULLE MALATTIE RESPIRATORIE

Resp.: L. Di Rienzo Businco – Incontri: 2 – ASL ROMA 1 - Sala Alessandrina – Aperto a 120 Medici – **Crediti: 9,8**

20 - 29 Maggio 2019

CHIRURGIA PIEZOELETTRICA: INDICAZIONI E LIMITI IN ODONTOIATRIA

Resp.: S. Corbi, G. Tarquini – Incontri: 2 teorici e 2 pratici – Studio Odontoiatrico Dott. Tarquini – Aperto a 22 Medici e Odontoiatri – **Crediti: 38,7 (ca)**

20 - 27 Maggio 2019

LE PRINCIPALI PATOLOGIE PSICHICHE E LA LORO RAPPRESENTAZIONE CINEMATOGRAFICA. CORSO AVANZATO

Resp.: G. Villa – Incontri: 2 – ASL ROMA1 - Aula SMO – Aperto a 22 Med, Psi, Inf, Ed prof, Ass san. – **Crediti: 23,2 (ca)**

AGENDA DELLA SCUOLA

24 Maggio 2019

SCENARI DI EMERGENZA IN SALA PARTO

Resp.: V. Scotto di Palumbo – Incontri: 1 – ASL ROMA 1 - Aula SMO – Aperto a 22 Medici e Ostetriche – **Crediti: 11,9 (ca)**

30 Maggio - 14 Giugno 2019 (data da confermare)

RADIOLOGIA INTERVENTISTICA MINI-INVASIVA NEL TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE ACUTE E CRONICHE DEL RACHIDE VERTEBRALE

Resp.: F. Fasoli, F. Vecchiotti – Incontri: 1 teorico e 2 pratici per ciascun partecipante – ASL ROMA1 - CTO – Aperto a 40 Med, TSRM, Inf, Fisiot. – **Crediti: 24,2 (ca)**

GIUGNO

4 - 11 Giugno 2019

MALATTIE REUMATICHE OGGI E DOMANI. CASI CLINICI

Resp.: D. Fiore, A. Cianfa – Incontri: 2 pomeridiani – ASL ROMA 1 - Aula SMO – Aperto a 22 Medici e Inf – **Crediti: 13,2 (ca)**

7 - 28 Giugno 2019

LA PSICOLOGIA ANALITICA AD ORIENTAMENTO COMUNICATIVO. TEORIA E TECNICA DEL TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO NEI DISTURBI DI PERSONALITÀ

Resp.: A. Grassi – Incontri: 4 – ASL ROMA 1 - Aula SMO – Aperto a 22 Medici e Psicologi – **Crediti: 39,9 (ca)**

13 -20 giugno 2019

LE RETI INTEGRATE PER LA GESTIONE DELLE CRONICITÀ, DISABILITÀ, NON AUTOSUFFICIENZA

Resp.: I. Mastrobuono – Incontri: 2 – ASL ROMA 1 - Aula SMO – Aperto a 22 Medici – **Crediti: 20 (ca)**

18 Giugno 2019

ARGOMENTI DI MEDICINA TRASFUSIONALE: AFERESI TERAPEUTICA

Resp.: F. Ipsevich – Incontri: 1 – AO S. Camillo-Forlanini – Aperto a 60 Med, Bio, Tec. Lab ed Inf. – **Crediti: 11 (ca)**

21 Giugno 2019

IL TEST DI SCREENING PER DNA FETALE LIBERO CIRCOLANTE: NUOVE EVIDENZE E PROSPETTIVE FUTURE

Resp.: G. Sabbadini, M.S. Pergola – Incontri: 1 – Ist. CSS-Mendel – Aperto a 70

Medici, Biologi e Tec Lab. – **Crediti: 11 (ca)**

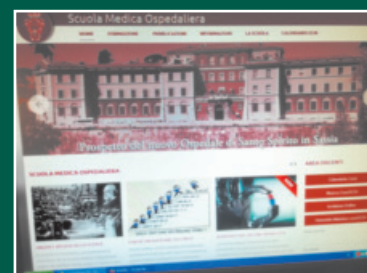
L'elenco dei Corsi ECM è suscettibile di modifiche.

La SMO si riserva in base al numero degli iscritti di decidere in merito all'attivazione del corso, nonché su eventuali variazioni di programma.

Dal sito web della S.M.O.

- Provider 471 -

si può consultare l'elenco dei Corsi ECM a.a. 2019.



www.smorrl.it

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA (SMO)

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

CONSIGLIO DIRETTIVO

- Presidente: Prof. U. Recine
- Vice-Presidenti: Prof. R. Massini, Dott. M. Raja
- Tesoriere: D.ssa M.A. Perretti
- Consiglieri Elettivi: Prof. F. Alegiani, Prof. D. Antonellis, Dott. M. Bartolo, Prof. M. Bosco, Dott. G. Fumagalli, Prof. A. Marzetti, Prof. R. Massini, Dott. C. Parascani, Dott. A. Pellicelli, D.ssa M.A. Perretti, Prof. L. Pierelli, Dott. M. Raja, Prof. U. Recine
- Consiglieri di Diritto: Prof. L. Gasbarrone, Dott. A. Magi, Dott. A. Tanese, Prof. G. Visco
- Presidente Emerito: Prof. B. Condorelli
- Segretario: D.ssa P. Colletta
- Revisori dei Conti: Dott. G. Nera, Dott. M. Avigo, Dott. S. Conti

BOLLETTINO DELLA SMO

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

- Direttore Responsabile: U. Recine
 - Direttore Scientifico: G. Visco
 - Comitato di redazione: F. Alegiani, A. Andriani, M. Bartolo, M. Di Girolamo, R. Massini, M. Raja, U. Recine, G. Visco
- Coordinamento redazionale: P. Colletta