



SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO ON LINE
www.smorrl.it

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 Nuovo accordo per la SMO
 • di G. De Simone

ATTUALITA' SCIENTIFICA

- 2 Problematiche ostetrico-ginecologiche nelle donne extracomunitarie
 • di G. Oliva, T. Bernardini, P. Barbarino, B. Remy Mbuya, A. Brandi, M. Paola Zannella, S. Mancuso
- 5 Trattamento chirurgico mininvasivo delle fratture di polso
 • di G. Cerciello, D. Rossetti, A. Laudati, G. Conte, B. Culla, M.P. Mari

NOTIZIE FLASH

- 14 Dalla... "Epatologia"

AGENDA DELLA SCUOLA

- 16 ECM: corsi proposti per giugno-ottobre 2005

A V V I S O

**7 LUGLIO 2005
 CONVOCAZIONE DELL'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA DEI SOCI DOCENTI PRESSO L'ACCADEMIA LANCISIANA ALLE ORE 16.00**

NUOVO ACCORDO PER LA SMO

■ di Giorgio De Simone

Vicepresidente della SMO, Dirigente Medico Az. Osp. S. Camillo-Forlanini

L'accordo di cooperazione tra la SMO ed Asclepion, recentemente formalizzato attraverso un atto di convenzione, costituisce il felice approdo di un lungo percorso avviato con la Regione Lazio, allorchè questa riconobbe con propria deliberazione il ruolo fondamentale della Scuola nei processi di formazione del personale medico e non medico, in particolare di quello operante in rapporto contrattuale o di convenzione. Il permanere negli anni di nodi irrisolti in tema di formazione permanente aveva congelato sbocchi utili all'interesse generale, quantunque gli obblighi etici e deontologici e la necessità di aprirsi ad uno scenario europeo, sempre più prossimo, sollecitassero diverse sensibilità e più puntuali adempimenti.

Solo negli ultimi tempi, con il varo da parte del Ministero della Salute del programma di E.C.M. e con la costituzione da parte della nostra Regione di Asclepion, Consorzio ad esso dedicato e rappresentativo di tutte le Aziende Sanitarie nel Lazio, si sono create le condizioni per colmare un vuoto non più sostenibile ed attivare nel contempo una formazione permanente più diffusiva, fruibile e coerente con le impostazioni di Piano Sanitario. L'accordo di cooperazione tra SMO ed Asclepion pone in evidenza il contributo qualificante della Didattica

Ospedaliera al fine di una sintesi del fare, del saper fare e del saper essere, qualità che costituiscono saldo presidio di una ortodossa condotta professionale.

Nell'arco dei dodici mesi di vigenza dell'accordo, durata ritenuta congrua dalle organizzazioni contraenti per testare l'efficacia dell'intesa, le iniziative formative proposte a fine E.C.M., vedranno come co-provider SMO ed Asclepion, fermi restando sia l'autonomia di programmazione di attività da parte della Scuola - tanto in tema di E.C.M., quanto in tema di corsi semestrali e biennali - sia l'impegno della stessa a rispondere alle eventuali esigenze di Asclepion con corsi rivolti al personale medico e non medico; i corsi della Scuola possono, infatti, coinvolgere anche il personale non medico nei termini della normativa vigente. Ultimo, ma non ultimo, l'impegno di Asclepion a supportare gli oneri organizzativi della Scuola nel contesto della missione ad esso affidata e dell'interesse della Regione.

Un'opportunità importante come si vede quella che si apre al nostro orizzonte, per stimolare sempre più e sempre meglio l'impegno all'insegnamento del Dirigente Ospedaliero, valorizzare le tradizioni gloriose della Scuola, vivere l'educazione continua in medicina non tanto come un obbligo, quanto come arricchimento e servizio. ■

PROBLEMATICHE OSTETRICO-GINECOLOGICHE NELLE DONNE EXTRACOMUNITARIE

■ di Giancarlo Oliva, Tommaso Bernardini, Paolo Barbarino, Batuzolaku Remy Mbuya, Annalisa Brandi, Maria Paola Zannella, Salvatore Mancuso

*Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente
Unità Operativa di Ostetricia - Università Cattolica del Sacro Cuore (UCSC) - Roma*

■ Introduzione

Il fenomeno dell'immigrazione in Italia si caratterizza, già da alcuni anni, per un notevole dinamismo sia in rapporto al territorio (aree urbane, rurali, costiere) e ai paesi di provenienza, che per i suoi fini migratori (lavoro, studio, asilo politico, ricongiungimento familiare).

Nonostante i notevoli sforzi delle istituzioni per quantificare e limitare il più correttamente possibile il fenomeno, l'alto tasso di immigrazione clandestina non permette un reale censimento degli stranieri e dell'impatto che esso può avere sulla popolazione residente.

È possibile però quantificare, con sufficiente approssimazione, i flussi migratori in ingresso, sulla base dei permessi di soggiorno rilasciati annualmente. Gli stranieri presenti in Italia con regolare permesso di soggiorno al 1° gennaio 2000 erano 1.340.655 (di cui 607.986 donne) con incremento pari al 23% rispetto all'anno precedente (elaborazione ISTAT dei dati del Ministero dell'Interno).

Per ciò che concerne il flusso migratorio, negli ultimi anni si è avuta una costante trasformazione: nel corso dell'ultimo decennio, infatti, si è fortemente ampliato il peso dei permessi di soggiorno concessi per motivi familiari (al 2000 rappresen-

tavano il 25% di tutti i permessi contro il 14% del 1° gennaio 1992). Negli ultimi anni si è registrato anche un notevole incremento dei permessi di lavoro, per lo più rilasciati in virtù del provvedimento di regolarizzazione del 1998, in minor parte rilasciati nell'ambito della programmazione dei flussi.

La quota più elevata di permessi per motivi familiari spetta all'America latina: circa il 37% al 1° gennaio 2000.

La maggior parte dei permessi di soggiorno, rilasciati nel 1999 per ricongiungimento familiare, sono da attribuire sia alle aree di antica immigrazione, come l'Africa settentrionale, sia a quelle di immigrazione relativamente più recente come l'Europa orientale (dati - ISTAT 2000).

■ Le Problematiche specifiche dell'assistenza Ostetrico-Ginecologica alla paziente extracomunitaria

Sono molti i fattori che condizionano l'assistenza sanitaria alla paziente extracomunitaria.

Numerosi incontri nazionali ed internazionali hanno sviluppato ed analizzato tali problematiche, cercando di focalizzare i punti più importanti, con lo scopo di ottimizzare l'assistenza in ogni disci-

plina specialistica. In particolare, anche in campo ostetrico-ginecologico influiscono sulla qualità e l'efficacia dell'assistenza fattori di tipo culturale, socio-economico, relazionale, organizzativo e sanitario (**vedi Tabella 1**).

■ Caratteristiche dell'assistenza alla partoriente extracomunitaria nel Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente dell'UCSC di Roma

Dai dati estratti dalla casistica della Sala Parto del Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente dell'UCSC di Roma, dal 1993 al 2003, abbiamo analizzato diverse variabili.

La prima variabile presa in considerazione è stata il numero totale delle nascite: nei dieci anni studiati, l'assistenza al parto alle pazienti straniere ha avuto un'incidenza pari al 14.2% su un totale di 29.660 parti. Scorporando tale dato, è emerso come il numero delle nascite in donne straniere sia aumentato, tanto da raddoppiare il proprio valore in dieci anni, passando dal 10.9% del 1993 al 20.4% del 2003. Tale dato è in accordo con la casistica nazionale e con la casistica della regione Lazio (rapporto 04/2004 Reg. Lazio) vedi Grafico.

Tabella 1

| Tabella 1 | |
|--|--|
| Fattori culturali | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Religione • Abitudini di vita • Comportamenti legati alla etnia di appartenenza | |
| Fattori socio-economici | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Condizioni disagiate • Perdita dello status sociale del paese di origine per trovarsi agli ultimi gradini del sistema sociale del paese ospite • Carezza del nucleo familiare | |
| Fattori relazionali | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Necessità di mediatori culturali • "Stress da transculturazione" per difficoltà di inserimento e perdita della propria identità • Insufficienti o assenti informazioni e/o conoscenze da parte degli operatori sanitari degli specifici contesti socio-culturali delle pazienti • Disagio degli operatori sanitari poco orientati alla cultura della diversità ("Etnocentrismo professionale"), ovvero tendenza ad imporre agli altri i propri valori, credo ed abitudini • Tendenza a favorire le utenze culturalizzate, più facilmente codificabili | |
| Fattori organizzativi | |
| <ul style="list-style-type: none"> • "Barriere" amministrative (burocrazia italiana complessa) • "Barriere" legali (timore per status di immigrato irregolare) • Difficoltà di accesso al SSN (ambulatori o ospedali) | |
| Fattori sanitari | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Provenienza da regioni a forte rischio sanitario • Mancanza di prevenzione sanitaria • Esposizione a malattie infettive (epidemiche ed endemiche come HIV, HCV, Malaria, TBC) • Scarsa assistenza prenatale (anemia di base, patologie genitali, multiparità) • Differente comportamento nutrizionale nel paese ospite con possibile riflesso sulle patologie gravidiche (diabete gestazionale, macrosomia, iposviluppo fetale) • Maggior ricorso alle IVG (19.1%) sul totale delle IVG nel 2001 • Tasso di abortività legale: 30x1000 (tre volte superiore a quello delle italiane) <p>(dati ISTAT)</p> | |

Dal 1999 al 2003, nella nostra Sala parto, abbiamo assistito 4217 parti in pazienti straniere pari al 14,2% del totale. Queste provenivano da diverse aree geografiche (vedi Tabella 2).

Le donne provenienti dai paesi in via di sviluppo rappresentano il sottogruppo più consistente. Di queste, i paesi est europei, per la vicinanza e anche per i recenti cam-

Tabella 2

Origine delle pazienti afferite presso la Sala Parto del Policlinico A. Gemelli dal 1993 al 2003

| Area geografica | % sul tot. delle straniere |
|---------------------|----------------------------|
| Europa Est | 32.0 % |
| Asia | 22.6 % |
| America Latina | 21.1 % |
| Africa | 17.2 % |
| Europa Ovest | 5.7 % |
| Australia e Oceania | 2.7 % |
| America Nord | 0.54 % |

biamenti socio-economici, rappresentano la maggiore percentuale.

Naturalmente, in accordo con i dati nazionali sull'immigrazione, modesta è la quota delle donne provenienti da paesi occidentali maggiormente industrializzati.

Per quanto concerne l'incidenza dei parti operativi addominali, così come nella popolazione generale italiana, anche nelle pazienti straniere il numero assoluto di tagli cesarei è aumentato. Nelle pazienti straniere, infatti, si è passati da un'incidenza del 25.5%, nel 1993, al 35.9% nel 2003, laddove, nella popolazione generale l'incidenza è del 36.3% nel 1993 e del 41.6% nel 2003.

Tale dato è però, in parte, inficiato dal gran numero di gravidanze a rischio che afferiscono presso la nostra sala parto o che provengono dai reparti di degenza. Per quanto concerne parità e modalità del parto, le secondipare prevalgono nelle pazienti straniere. La distribuzione del numero dei parti cesarei (PC) è stata studiata anche per area geografica di appartenenza delle gestanti (vedi grafico).

Dai nostri dati, le pazienti provenienti dall'Africa sono risultate quelle con una maggiore incidenza di parto pretermine (16% vs 9% in donne italiane) con l'incidenza di PC più alta nell'ambito del totale, seguite dalle pazienti provenienti dall'America Latina.

La più bassa incidenza di PC si è registrata nelle pazienti dell'Europa dell'Est.

Circa le indicazioni principali al parto cesareo, nella nostra esperienza quelle fetali sono risultate più frequenti nelle donne provenienti dai paesi est-europei (il che potrebbe spiegare la minore incidenza di PC in questo gruppo). Infatti, l'indicazione materna ed il PC pregresso rappresentano l'indicazione preminente al PC, a prescindere dall'etnia di appartenenza. Le affezioni materne più frequenti nella popolazione delle extracomunitarie studiate sono risultate: il diabete gestazionale, la preeclampsia, l'epatosi gravidica, con una prevalenza totale del 9 - 10 % (pari a quello della popolazione italiana). Ciò conferma l'influenza (che molti studi epidemiologici hanno sottolineato) dello stile di vita e dei fattori di rischio esistenti nel paese ospitante sulle condizioni di salute del paziente extracomunitario.

■ Conclusioni

La realtà del problema "immigrazione" richiama con sempre maggiore enfasi anche l'attenzione degli operatori sanitari. La necessità di migliorare l'organizzazione dei servizi sul territorio e negli ospedali nasce, quindi, non solo dallo stimolo continuo al miglioramento a cui ogni struttura tende, ma anche dalla necessità di far fronte al numero crescente della

domanda da parte delle pazienti gravidie extracomunitarie. In particolare, si tenga conto che questa, negli ultimi 10 anni, si è raddoppiata.

Le barriere linguistico-culturali, che si riflettono inevitabilmente sulla diagnosi delle malattie e sulla cura delle pazienti extracomunitarie, andrebbero affrontate da équipe preparate ed orientate nella gestione di tali problematiche. È necessario, quindi, che la mediazione culturale da parte degli operatori ostetrici sia maggiormente considerata nell'assistenza alle pazienti extracomunitarie e che, di pari passo, un maggiore sforzo economico sia diretto verso i servizi e le strutture che si occupano di assistenza ostetrica alla donna immigrata. ■

Riassunto

Numerosi incontri nazionali hanno sviluppato le problematiche ostetriche nelle donne extracomunitarie. Molti fattori condizionano l'assistenza sanitaria a questa tipologia di paziente, in particolare fattori di tipo culturale, socio-economico, relazionale, organizzativo e sanitario.

Dai dati estratti dalla casistica della Sala Parto del "Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente" UCSC - Roma (1993-2003) abbiamo analizzato diverse variabili: innanzitutto, **il numero totale delle nascite**: nei dieci anni studiati, infatti, il numero delle nascite da donne straniere è aumentato, passando dal 10.9% (1993) al 20.4% (2003), con una prevalenza pari al 14.2% su un totale di 29.660 parti.

Anche l'incidenza dei **PC** nelle pazienti straniere, così come nella popolazione generale italiana, è aumentata; infatti, l'incidenza era del 25.5% nel 1993, pari, invece, al

35.9% nel 2003 (nella popolazione generale tale incidenza è pari al 36.3% nel 1993 e al 41.6% nel 2003). L'indicazione materna ed il pregresso PC rappresentano l'indicazione preminente al PC. In considerazione dell'importanza crescente del problema "immigrazione" si rende necessario, pertanto, un maggiore impegno degli operatori sanitari nell'assistenza alle gestanti extracomunitarie, unito ad uno sforzo economico diretto al miglioramento dei servizi sul territorio e negli ospedali.

Summary

Obstetric problems of non-EU women have been discussed in many national meetings in Italy. Health assistance to these women is largely dependent from a lot of factors, mainly cultural, socio-economic, relational and structural ones.

Data obtained by the Delivery Room of "Woman and Unborn Child Health Protection" Dept UCSC of Roma have been analyzed, from 1993 to 2003, that are:

- 1. Total number of births (increased among non-EU women from 10,9% to 20,4%, with a global prevalence of 14,2% among 29.660 deliveries).*
- 2. Incidence of caesarean deliveries (CD) among the non-EU women, also increased (being of 25,5% in 1993 and of 35,9% in 2003 among them, comparing to 35,9% and 41,6% respectively, in the Italian population). The main indications to CD are represented by both maternal motivations and previous CDs.*

A larger engagement of health operators, assisting non-EU pregnant women is needed, because of the increasing importance of problems of immigration and an economic support must be provided, to improve health services in hospitals and in local units.

TRATTAMENTO CHIRURGICO MININVASIVO DELLE FRATTURE DI POLSO

■ di G. Cerciello*, D. Rossetti*, A. Laudati*, G. Conte*, B. Culla**, M.P. Mari**

Polo Ospedaliero Presidio "Villa Betania" - Azienda Unità Sanitaria Locale RM/E

* *U.O.C. di Chirurgia della spalla e del ginocchio - Direttore Incaricato dott. G. Cerciello*

** *U. O. C. di Anestesiologia - Direttore dott.ssa M.V. Tigani*

Le fratture dell'epifisi distale del radio sono le più frequenti lesioni traumatiche scheletriche (Gui, 1975) e rappresentano l'80% di quelle del radio. La loro incidenza è notevolmente aumentata, specie nella seconda e terza età, per il crescere della traumatologia della strada, del lavoro, dello sport e per il prolungarsi della vita media (il 60-70% si osserva in donne dopo la menopausa e negli anziani). Rare al di sotto dei 20 anni.

Il meccanismo lesionale più frequente è secondario alla caduta sul palmo della mano mantenuta in pronazione: in tal modo il condilo scafo-lunare agisce come l'incudine su cui si schiaccia la glena anti-brachiale.

La frattura extra-articolare che si viene a costituire consta di una rima volare per trazione-avulsione, operata dal legamento radio-carpace anteriore, ed una posteriore per compressione-schiacciamento. A seconda della forza viva del trauma e della resistenza intrinseca dell'osso, a questa rima possono associarsene altre ad estrinsecazione articolare.

Questo meccanismo, denominato da Castaing (1964) "compressione-estensione", è il più frequente nel determinismo delle fratture radio-cubitali inferiori.

La loro riduzione manipolativa è semplice e si basa su movimenti inversi a quelli indotti dal trauma. La lacuna ossea post-riduttiva che ne deriva è causa della marcata instabilità della lesione. L'instabilità è dunque dovuta a due fattori:

- 1) la comminuzione della corticale radiale dorsale,
- 2) la perdita spongiosa da schiacciamento delle trabecole ossee epifisarie.

La distrazione della frattura e le manipolazioni riduttive, pertanto, sono in grado di ridare un assetto normale al profilo epifisario del polso, ma lasciano un minus spongioso ed un deficit di appoggio dorsale. Questi elementi caratteristici sono presenti nella più semplice delle fratture di polso, la extra-articolare di Pouteau-Colles (1814), ed in modo più evidente in quelle con frammento postero-interno e nelle fratture articolari complesse. Al contrario di quanto si possa pensare fra tutte le fratture di polso quella di Colles è poco frequente (13% secondo Ledoux, 1979), ed è caratterizzata da una sola rima di frattura extra-articolare posta a 15-20 mm. dall'interlinea radio-carpace.

Clinicamente, visto di profilo, il polso appare dislocato dorsalmente rispetto all'avambraccio (deformità a dorso di forchetta), e radiologica-

mente si conferma la disposizione dorsale dell'epifisi radiale.

Molto più raramente il trauma avviene con caduta sul dorso della mano, con dislocazione palmare dell'epifisi radiale e deformità clinica del polso a ventre di forchetta. Questa è la cosiddetta frattura di Goyrand, il cui rapporto con la frattura di Colles è di circa 2-3 su 100. In oltre l'80% dei casi si tratta, infine, di fratture complesse con coinvolgimento articolare. L'interezamento della superficie radio-carpace è più frequente nell'età avanzata, causa l'osteoporosi.

Come detto la riduzione non presenta grandi difficoltà. Le principali metodiche di contenzione proposte sono riconducibili ai seguenti gruppi:

- 1) metodo classico: riduzione ed immobilizzazione in gesso;
- 2) osteosintesi di minima con inchiodamento unipolare ed apparecchio gessato (Rush, De Palma, Willenegger, Burdin, etc.);
- 3) osteosintesi di minima con inchiodamento bipolare ed estensione continua in gesso (Bohler, Mc Farlanes, Ectors);
- 4) osteosintesi con placca;
- 5) osteosintesi con fissatore esterno;
- 6) osteosintesi elastica con sistema Epibloc;

7) osteosintesi di minima con riduzione assistita artroscopicamente.

La molteplicità delle tecniche descritte è la dimostrazione della complessità del trattamento di una frattura spesso ritenuta benigna, ma altrettanto frequentemente caratterizzata da sequele. La più importante è la viziosa consolidazione prodotta da scomposizioni successive alla riduzione primaria e passate misconosciute (**Fig. 1 A**).

Mc Quenne e Coll. (1996) hanno messo a confronto, in uno studio randomizzato, i risultati clinici di pazienti trattati con 3 differenti metodiche:

- riduzione a cielo chiuso associata ad apparecchio gessato,
- fissazione esterna,
- riduzione a cielo aperto e sintesi

interna (ORIF) con fili di Kirschner associati ad innesto autoplastico.

Gli Autori giunsero alla conclusione che nessuna procedura garantiva la completa restitutio ad integrum, sia anatomica che funzionale.

La **riduzione manuale con contenzione in gesso brachio-metacarpale** fissante il polso nelle più varie posizioni ha dato prova della sua insufficienza, essendo nota la percentuale di guarigioni in viziosa consolidazione. È nota inoltre la possibile insorgenza della sindrome algodistrofica riflessa o la neuropatia del mediano. Questa, secondo alcuni Autori, può essere particolarmente grave se il polso viene mantenuto in posizione di estrema flessione, pronazione e deviazione ulnare (posizione di Cotton-Lo-

der), sino a giungere a vere e proprie sindromi compartimentali.

Le **osteosintesi di minima per via percutanea con fili di Kirschner** danno buoni risultati anatomico-clinici allorché la frattura sia riducibile (Greatting, 1995; Rosati, 2000).

Nel caso di irriducibilità, l'**osteosintesi con placche** modellabili ed a basso profilo è scelta obbligata. Questa metodica consente una precoce mobilizzazione, ma necessita di un secondo intervento per la rimozione delle sintesi. Questa opzione prevede una buona qualità dell'osso fratturato (sconsigliata nelle persone anziane con grave osteoporosi) e la non comminazione dell'epifisi radiale (impossibile presa delle viti) (Konrath, 2002).



■ **Figura 1:** (A) Frattura di Colles in viziosa consolidazione; (B) evidente deformità clinica a "baionetta"; (C) corrispettivo clinico con importante limitazione articolare.

Anche con questa metodica è alto il tasso di complicanze (50 % secondo Axelrod e Mc Murtry, 1990): tenosinoviti degli estensori, ritardi di consolidazione, pseudoartrosi, rotture tendinee.

L'osteosintesi con fissatore esterno è un'indicazione assoluta nelle fratture esposte. In quelle chiuse, dopo gli entusiasmi iniziali, non sembra garantire migliori risultati anatomico-clinici rispetto ad altre procedure. Inoltre tale metodica sembra gravata da un alto tasso di complicanze (62% secondo Weber e Szabo, 1986): infezioni cutanee, osteomieliti, mobilizzazione e rottura delle fiches, fratture nella loro sede di infissione (Sanders, 1991).

L'osteosintesi elastica con sistema Epibloc è indicata nelle fratture metafisarie con buona qualità dell'osso, mentre è sconsigliata nelle fratture esposte, in quelle intra-articolari e in caso di grave osteoporosi.

Infine, l'**osteosintesi "a minima" con riduzione assistita artroscopicamente**, che necessita di uno strumentario dedicato e di una lunga curva di apprendimento anche per provetti artroscopisti.

Quanto brevemente esposto per rimarcare come non esista un trattamento univoco per queste fratture, e ciascuna delle tecniche esposte può condurre a risultati scadenti. Gli esiti funzionali incidono ovviamente quale costo sociale (prolungarsi della malattia, deformità secondarie, dolori, riduzione della forza, contenzioso medico-legale, etc.) (**Fig. 1 B-C**).

Il trattamento cruento incide anche sulla spesa sanitaria, soprattutto quando si opti per metodiche che prevedano l'impiego della

sala operatoria (osteosintesi chirurgica a cielo aperto con placche e viti; applicazione di un fissatore esterno).

Nell'intento di ridurre sia l'incidenza di viziose consolidazioni legate agli spostamenti secondari, sia interventi costosi, dal 1982 abbiamo adottato nelle fratture per compressione-estensione potenzialmente instabili due metodiche mininvasive da porre in atto a seconda del morfotipo di frattura:

1) la tecnica di stabilizzazione e contenzione mediante inchiodamento unipolare che, con un filo di Kirschner, sintetizza la stiloide radiale alla corticale diafisaria mediale;

2) la tecnica di stabilizzazione e contenzione nota come "trazione continua mediante inchiodamento bipolare", descritta da Ledoux e Coll. (1979) e derivata dall'originale metodo di Bohler.

Riserviamo il solo apparecchio gessato alle fratture extra-articolari di Colles meno instabili delle fratture articolari.

■ DESCRIZIONE DELLE DUE TECNICHE E RISULTATI

Tutte e due le metodiche constano di una fase preliminare anesteziologica comune e di una fase successiva ortopedica specifica per il morfotipo di frattura. Quest'ultima a sua volta suddivisibile in un tempo preliminare non sterile e di un successivo tempo sterile.

1) FASE ANESTESIOLOGICA

È un tempo fondamentale che consente al paziente ed all'operatore la dovuta tranquillità.

La tecnica preferita è quella del blocco del plesso brachiale per via ascellare, dopo aver naturalmente escluso le controindicazioni comuni alle anestesie loco-regionali. Dopo aver premedicato il paziente con una somministrazione intramuscolare di antistaminici, vagolitici e benzodiazepinici a dosaggi modesti, si incannula una vena dell'avambraccio sano e si esegue, dal lato da trattare, la tricotomia e la disinfezione ascellare.

a) Posizione del paziente

L'arto superiore interessato deve essere abdotto verso la spalla con il gomito flesso a 90°, in modo che il polso si trovi allo stesso livello della testa. La mano non deve essere al di sotto del capo in quanto potrebbero restare compromesse le strutture che passano vicino al processo coracoideo.

b) Tecnica

Si utilizza un ago da 50 mm. a punta smussa solidarizzato da un lato ad una prolunga di plastica collegata a sua volta ad una siringa riempita con anestetico locale e da un altro lato connesso ad un elettrostimolatore tramite un filo elettrico che chiude il circuito con il paziente.

Palpando l'arteria ascellare, il più vicino possibile all'apice del cavo ascellare, si inserisce l'ago al di sopra della stessa e si procede lentamente avendo cura di non ledere il vaso. Tramite l'elettrostimolatore, si invia un impulso elettrico pari a 0.2-0.5 mA. La contrazione dei muscoli dell'arto indicherà che la punta dell'ago è inserita a circa 1mm dalle strutture nervose. Quindi previa aspirazione si inietta l'anestetico locale senza incontrare

alcuna resistenza. Per garantire una efficace diffusione del farmaco verso l'alto si posiziona un laccio emostatico alla radice dell'arto per circa 5-10 minuti. Inizialmente si sviluppa un blocco simpatico con sensazione di calore e dilatazione venosa dell'arto. L'anestesia muscolare inizia a comparire dopo 5-10 minuti e il rilasciamento completo avverrà dopo 20-40 minuti in rapporto all'anestetico utilizzato.

I farmaci utilizzati sono:

- Mepivacaina 2% senza adrenalina: 20-30 ml pari a 400-500 mg fino ad un dosaggio massimo di 7 mg/kg di peso corporeo. L'onset-time, il tempo che intercorre tra l'inoculazione del farmaco e l'inizio dell'effetto, è 10 - 20 minuti e la durata del blocco di circa 2 ore.
- Ropivacaina 7,5 mg/ml: 30-40

ml pari a 225-300mg. L'onset time è di 10-25 minuti e la durata è di circa 6-10 ore.

c) Complicanze

Le complicanze anestesologiche sono la tossicità acuta generalizzata a livello del sistema nervoso centrale e del miocardio. I primi sintomi compaiono dopo circa 10-20 minuti e sono a carico del cervello. In ordine crescente di gravità possiamo avere:

- intorpidimento della bocca e della lingua,
- vertigini,
- acufeni,
- disturbi visivi,
- anomalie del comportamento e dell'eloquio,
- contrazioni muscolari,
- perdita di coscienza,
- convulsioni generalizzate,
- coma,

- apnea.

La tossicità cardiovascolare si manifesta con un effetto cronotropo ed inotropo negativo ed una vasodilatazione periferica.

2) FASE ORTOPEDICA

Come già detto consta di un primo tempo non sterile, di un tempo sterile, e della successiva confezione conclusiva dell'apparecchio gessato.

a) Tempo non sterile

Ricalca la metodica di Ledoux e si compone delle seguenti fasi:

- trazione continua mediante tiradito cinese applicato al pollice e controresistenza al braccio eseguita con 5-7 kg., assicurati ad una fascia. La distrazione ha una durata di 5-10 minuti (**Fig. 2 A**);
- manipolazioni riduttive secondo la tecnica dello sgranamento di Pilcher (1917) sino alla scom-



■ **Figura 2:** (A) Lo strumentario per praticare la trazione continua; (B) posizione dell'arto per la riduzione della frattura; (C) il necessario per effettuare il tempo sterile.



■ **Figura 3:** (A) Posizione del filo di Kirschner nella tecnica unipolare; (B) corrispettivo clinico; (C) apparecchio gessato antibrachiometarpale.

parsa delle deformità, in special modo del colpo d'ascia sulla stiloide ulnare (**Fig. 2 B**);

- controllo radiografico, nelle proiezioni ortogonali, per la valutazione del risultato raggiunto. La proiezione laterale documenterà la comminuzione ed il "minus" post-riduttivo dorsale, fattore che è causa dell'instabilità della frattura.

b) Tempo sterile

Prevede l'accurata disinfezione orizzontali della cute dove verranno infissi i fili di Kirschner (**Fig. 2 C**). A seconda del morfotipo di frattura e del grado di instabilità si opererà per una stabilizzazione mediante inchiodamento unipolare o bipolare.

- Stabilizzazione unipolare: stabilizzazione percutanea della frattura con filo di Kirschner da 20/10 inserito su trapano a motore ed infisso a circa 1 cm. al di

sotto della stiloide radiale con una inclinazione di 45° rispetto all'asse dell'avambraccio (l'inchiodamento riguarda solo il radio e pertanto è necessario avvertire il superamento delle due corticali ossee da parte del filo stesso) (**Fig. 3**);

- Stabilizzazione bipolare: stabilizzazione percutanea della frattura mediante infissione di due fili di Kirschner orizzontali montati su trapano a motore. Il primo filo distale di 1,5 mm. di diametro, infisso nel punto di mezzo della diafisi del 1° metacarpo, a decorso dorso volare e con inclinazione di circa 30° sul piano frontale dell'avambraccio. Ciò da un lato evita di penetrare in piena eminenza tenar e dall'altro di ledere i rami sensitivi digitali. Il secondo filo prossimale di 3 mm. di diametro infigge le due corticali radiali. Il corretto livello di penetrazione è sul piano

frontale dell'avambraccio, nella parte distale del terzo medio, subito dorsalmente al lungo supinatore, evitando in tal modo la branca sensitiva del nervo radiale (**Fig. 4**).

- Verifica radiologica del buon posizionamento dei fili; quindi sezione degli stessi in modo da lasciarne 2 cm. emergenti dal piano cutaneo.
- Si dispongono, infine, medicazioni sterili intorno all'emergenza cutanea dei fili e si procede alla confezione dell'apparecchio gessato.

c) L'apparecchio gessato

Attualmente confezioniamo un brachio-metarpale che inglobi i fili di Kirschner e che immobilizzi il polso in posizione di funzione con il gomito ad angolo retto. Si perfeziona la riduzione con manipolazioni finali sul gesso e solo quando sarà asciutto si rimuove



■ **Figura 4:** (A) Posizione del filo di Kirschner nella tecnica bipolare; (B) corrispettivo clinico; (C) apparecchio gessato brachiometacarpale.

l'arto dalla estensione digitale e dalla controestensione brachiale. I fili di Kirschner, solidali all'apparecchio gessato con l'avambraccio in distrazione, hanno lo scopo di mantenerla durante il tempo della immobilizzazione, al fine di evitare la riproduzione della deformità.

Verifica radiografica del risultato raggiunto; sui radiogrammi si apprezzerà l'efficacia della distrazione valutando la diastasi fra le articolazioni del 1° raggio (diastasi trapezio-metacarpale).

Il polso viene mantenuto ad angolo retto per facilitare il movimento delle dita, efficace prevenzione delle rigidità, grave sequela trofica. La durata dell'immobilizzazione è di 6 settimane.

Nella prima fase della nostra esperienza abbiamo utilizzato un gesso antibrachio-metacarpale che però si è dimostrato insufficiente. Infatti la liberazione della pronosupina-

zione sollecita il chiodo radiale con conseguente dolore, osteiti ed infezioni cutanee.

3) RISULTATI

Col presente lavoro abbiamo voluto valutare l'efficacia delle due tecniche su un gruppo di 30 pazienti, 15 per ciascuna metodica, trattati nel periodo 1990-1995 che, convocati per la circostanza, hanno potuto aderire alla nostra richiesta. Il criterio di valutazione è stato comparativo col lato sano e, con riferimento alla griglia di Castaing, ha compreso (Fig. 7):

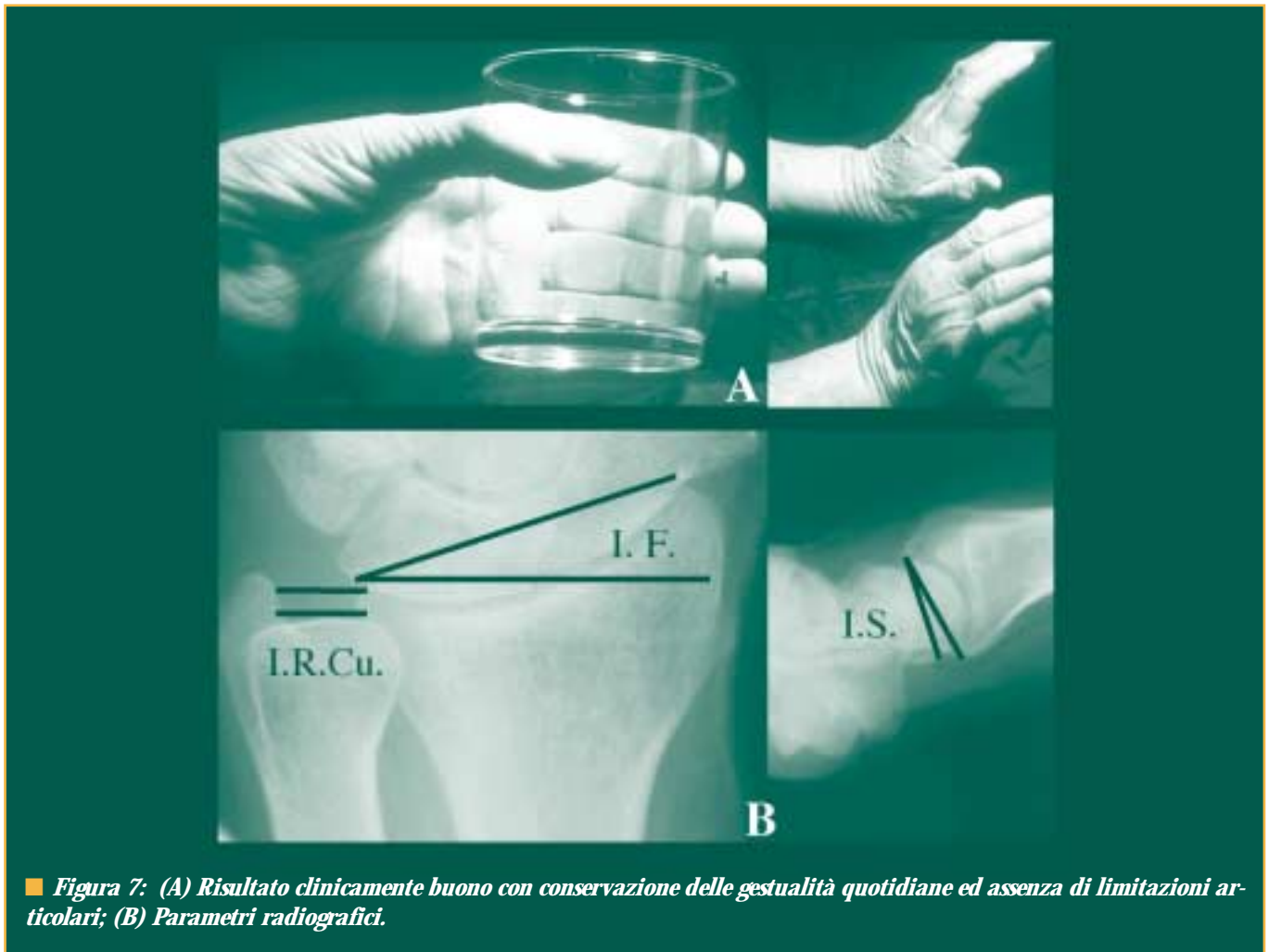
- un tempo di valutazione soggettiva in relazione all'impiego quotidiano del polso ed al dolore;
- un tempo di valutazione obiettiva in relazione alla articularità;
- un tempo radiografico che, con la misurazione della inclinazione radiale frontale (I.F.) e del-

l'indice radio-cubitale inferiore (I.R.Cu.), nella proiezione antero-posteriore, e dell'inclinazione radiale sagittale (I.S.), nella proiezione laterale, ha consentito la misurazione della deformità residua assoluta e relativa al polso sano.

I valori estremi, ritenuti normali, per ogni parametro, sono riportati nella **Tabella 1**.

a) Tecnica unipolare

- Soggettivamente i casi sono stati suddivisi in 13 buoni e 2 cattivi. I buoni sono coloro in grado di svolgere le normali attività quotidiane pur lamentando dolori saltuari. I cattivi sono coloro che lamentano una limitazione nelle gestualità quotidiane, anche nella bimanualità e dolori.
- Obiettivamente i casi cattivi presentano una deformità residua ed una limitazione articular-



■ **Figura 7:** (A) Risultato clinicamente buono con conservazione delle gestualità quotidiane ed assenza di limitazioni articolari; (B) Parametri radiografici.

TABELLA 1

| Parametri estremi | Valori |
|------------------------------|--------------------------------|
| Inclinazione frontale (IF) | da 18° a 30° |
| Inclinazione sagittale (IS) | da 1° dorsale a 21° palmare |
| Indice radio-cubitale (IRCu) | da + 2 mm. a - 2 mm. |

re clinicamente evidenti.

- Radiograficamente i casi sono stati classificati, a seconda del risultato ottenuto dopo la riduzione, dopo 6 settimane di immobilizzazione in gesso e a distanza di 10 anni come:
 - buoni: parametri compresi nei valori estremi della tabella 1 (fratture senza irradiazione articolare),
 - mediocri: un parametro al di sotto dei valori estremi della tabella 1,
 - cattivi: due o tutti e tre i parametri al di sotto dei valori estremi della tabella 1 (fratture complesse con rima articolare, comminuzione, e grave perdita di sostanza).



■ **Figura 5:** (A) Frattura di Colles instabile; (B) trattata con metodica unipolare; (C) Controllo radiografico a 10 anni con buona conservazione dei parametri radiografici.

attorno al chiodo radiale, evidenziandosi alla rimozione del gesso ed un caso di osteite radiale che ha imposto un curettage locale. Non abbiamo mai osservato osteolisi attorno al filo metacarpale né parestesie transitorie al pollice, così come riportato da Ledoux (1997).

■ **CONCLUSIONI**

Le fratture di polso specie quelle di Pouteau-Colles sono a torto ritenute appartenenti ad una traumatologia minore, problema di facile risoluzione e dai risultati accettabili. Dalla analisi della letteratura si evince che gli Autori che si sono dedicati all'argomento non sempre hanno condiviso tale ottimismo. Già Lambotte nel 1907 criticava il metodo di trattamento di Colles (trazione, manipolazione ed immobilizzazione con stecche), secondo lui insufficiente. Altre critiche al trattamento ortopedico sono venute da Autori successivi che confermavano la relativa facilità della riduzione, ma ponevano l'accento sulle difficoltà della contenzione, anche se con gesso modellato e con il polso nelle posizioni più varie. Infine questi Autori trovano unanime accordo sul parallelismo esistente fra restaurazione di una corretta anatomia e la completa ripresa funzionale, mentre pongono l'accento sulle difficoltà della stabilizzazione correlate all'anatomia patologica della lesione. Infatti la comminuzione della corticale dorsale del radio ed il minus spongioso epifisario post-riduttivo sono la motivazione della instabilità della riduzione e dell'alta percentuale di viziose consolidazioni dovute a mobilizzazioni secondarie.

Per quanto riguarda la riduzione abbiamo:

- 13 casi buoni, 2 mediocri. Nei controlli alla rimozione del gesso abbiamo:
- 13 casi buoni, 1 mediocre e 1 cattivo.

Questo risultato radiografico è rimasto invariato al controllo a 10 anni (**Fig. 5**). Il parametro più frequentemente in causa nella degradazione del risultato ottenuto dopo la riduzione è stato l'inclinazione sagittale.

b) Tecnica bipolare

- Soggettivamente abbiamo riscontrato 11 casi buoni e 4 cattivi.

- Obiettivamente i 4 casi cattivi evidenziavano tutti una deformità associata a grave riduzione delle articularità.
- Radiologicamente nei controlli post-riduttivi abbiamo:
 - 11 casi buoni, 2 mediocri e 2 cattivi.

Nei controlli alla rimozione del gesso abbiamo:

- 11 casi buoni, 1 mediocre e 3 cattivi.

Il risultato radiografico raggiunto è rimasto invariato nei controlli a 10 anni (**Fig. 6**).

In merito alle possibili complicanze delle due metodiche abbiamo rilevato 2 casi di infezione della cute



■ **Figura 6:** (A) Frattura di polso instabile con rima articolare; (B) trattata con metodica bipolare; (C) Controllo radiografico a 10 anni con buona conservazione dei parametri radiografici.

I problemi fondamentali nel trattamento delle fratture di polso sono a nostro avviso due:

- la riduzione: va effettuata in anestesia plessica, con trazione continua, manovre riduttive e manipolazioni sino ad ottenere un quadro radiografico quanto più possibile vicino alla norma;
- la contenzione: abbandonata la contenzione con solo l'apparecchio gessato, specie quella col polso flesso ed ulnarizzato, posizione che rende difficile il movimento delle dita e quindi la risoluzione dell'edema, abbiamo rivolto l'attenzione verso tecniche che prevedono la stabilizzazione

mediante inchiodamento uni o bipolare.

Abbiamo riservato la metodica unipolare alla sola frattura di Colles, ritenendola sufficiente per la sua stabilizzazione. Per i restanti morfotipi di frattura, abbiamo adottato la metodica della trazione bipolare con estensione continua. Queste due metodiche, che apparentemente possono sembrare un impegno eccessivo sia per il paziente sia per l'ortopedico vista la ritenuta benignità della lesione, si sono mostrate affidabili grazie alla bassa percentuale di degradazione dei risultati post-riduttivi raggiunti. ■

BIBLIOGRAFIA



- AXELROD T.S., MC MURTRY R.Y.: Open reduction and internal fixation of comminuted, intra-articular fractures of the distal radius. *J. Hand Surg. Am.* 15:1-11;1990.
- CARTIER P. ET AL.: Traitement des fractures comminutives du poignet par la methode de traction bipolaire. *Rev.chir.orth.* : 61, 517-531;1975.
- CASTAING J.: Les fractures recentes de l'extremite inferieure du radius chez l'adulte. *Rev.chir.orth.* :50, 581-696 ;1964.
- COLLES A.: On the fracture of the carpal extremity of the radius. *Edin. Med. Surg.* 10 : 182 ; 1814.
- GREATING D., WOOD M.B.: Percutaneous pinning of fractures of the distal end of the radius. In: *Fractures of the distal radius*. Saffar P. e Cooney W. Eds,50-55, Martin Dunitz Editor, London, 1995.
- GUI L.: Fratture e lussazioni. Gaggi edit. Bologna , Vol.3°;1975.
- KONRATH G.A., BÄHLER S.: Open reduction and internal fixation of unstable distal radius fractures: results using the trimed fixation system. *Journal Orthopaedic Trauma* 16:578-585; 2002.
- LEDOUX A. ET AL.: L'embrochage des fractures inferieures du radius. *Rev.chir.orth.* : 59, 427-438 ;1973.
- LEDOUX A.: La consolidation en position vicieuse des fractures de l'extremite inferieure du radius. *Ac.chir.bel.* : 7, 478-502 ;1979.
- MCQUEEN M.M., HAJDUCKA C., COURT-BROWN C.M.: Redisplaced unstable fractures of the distal radius. A prospective randomised comparison of four method of treatment. *J. Bone Joint Surg.* 78-B: 404-409; 1996.
- ROSATI M., CANTINI G., LISANTI M., CRESHAW/MAH.: Percutaneous pinning of wrist fractures: a review of 63 cases. *J. Hand Surg.* 25B: 36-37;2000.
- SANDERS R.A., KEPPEL F.L., WALDROP J.I.: External fixation of distal radial fractures : results and complications. *J. Hand Surg.*: 16A:385-391; 1991.
- WEBER S.C., SZABO R.M.: Severely comminuted distal radius fracture as an involved problem. Complications associated with external fixation and pins and plaster techniques. *J. Hand Surg.*,11A:2:157-165;1986.

DALLA... "EPATOLOGIA"

■ DIABETE NEI TRAPIANTATI DI FEGATO

L'insorgenza di un diabete mellito è complicanza relativamente frequente nel trapianto di fegato. In una statistica brasiliana (*Parolin M.B. et Al., Transpl. Proc. 2004, 36, 2776-7*) il fenomeno è stato osservato nel 18,3% dei soggetti trapiantati nei primi 20 mesi dall'intervento, e l'unico predittore di rischio, fra i molti esaminati, era rappresentato dal fatto che il ricevente era già infetto da HCV, prima del trapianto.

■ ALFA-TIMOSINA NEL TRATTAMENTO DELLE EPATITI CRONICHE DA HCV E DA HBV

L'aggiunta di *alfa*-timosina si è rivelata efficace, dopo 24 settimane di trattamento, nell'azzerare la viremia in pazienti con epatite cronica da HCV che, in precedenza, non avevano risposto al trattamento con la sola associazione Peg-IFN *alfa*-2a e ribavirina (*Poo et Al., J. Gastroenterol. Hepatol., 2004, 19, S 79-81*). Risultati molto promettenti sono stati anche ottenuti da Y.F. Liaw et Al. (*ibid., S 73-5*), sempre con *alfa*-timosina, ma associata ad IFN, lamivudina e adefovir, in pazienti con epatite cronica da HBV, sia nella variante e-minus che nelle forme da infezione perinatale.

■ FATTORI DI RISCHIO NELLA PROGRESSIONE DELLA FIBROSI DA HCV

Come è noto, i soliti fattori di rischio, fino ad oggi documentati, per la progressione della fibrosi epatica nell'epatite cronica da HCV sono: l'abuso alcolico, il sesso maschile e l'età al momento dell'infezione. In un gruppo di 133 pazienti con infezione da HCV, mai trattati e consecutivamente arruolati, C.M. Fernandez Rodriguez et Al. (*Digest Dis Sci, 2004, 49, 1971-6*) hanno osservato che anche la presenza di steatosi epatica, il consumo moderato di alcool e la ferritinemia elevata (>290 ng/ml) possono accelerare (in maniera fra loro indipendente) l'evoluzione della fibrosi.

■ MECCANISMI REGOLATORI DELLA SOPRAVVIVENZA NEL TRAPIANTO DI FEGATO

Il destino dell'organo trapiantato dipende dall'equilibrio tra i linfociti T-citopatici e quelli T-regolatori, equilibrio sul quale influisce il fenotipo delle cellule dendritiche. Quindi le terapie anti-rigetto più efficaci sono quelle che riducono il numero dei T allo-aggressivi e aumentano quelli regolatori. D'altra parte, come è noto, il fegato è un organo relativamente ben tollerato dai ricevitori (per cui circa 1/4 di essi può ben presto fare a meno delle terapie anti-rigetto). I motivi di questo fenomeno sono molteplici e vanno dalla presenza di leucociti cosiddetti "passeggeri tollerogenici" nel fegato trapiantato, alla struttura anatomica dell'organo che consente ampi contatti tra gli immunociti ematici e le cellule "tollerogeniche". Sull'approfondimento di queste conoscenze patogenetiche si dovrà basare la pianificazione di nuovi protocolli terapeutici, che potrebbero consentire notevoli miglioramenti nei (pur discreti) attuali risultati (*A. Sánchez-Fuevo e TB Strom, J. Hepatol., 2004, 41, 679-705*).

■ ERUZIONE CUTANEA DOPO LA VACCINAZIONE PER HBV

È stata effettuata la biopsia cutanea in un soggetto di 27 anni, sano, che aveva presentato, per la terza volta, un'eruzione cutanea papulosa asintomatica, diffusa a tutto il corpo, dopo la somministrazione di dosi di vaccino HBV (Engerix B). Come per le precedenti, anche l'ultima eruzione si è poi risolta spontaneamente. Il quadro istologico della biopsia cutanea era quello di un *Lichen nitidus*: un granuloma formato da linfociti, istociti e plasmacellule, circondato da creste e ricoperto da epidermide paracheratotica (*E. Fetil et Al., Int. J. Dermatol., 2004, 43, 956-9*).

■ PROBLEMI ATTUALI NELLA TERAPIA DELLE EPATITI CRONICHE DA HCV

Un gruppo di infettivologi del Karolinska

Institutet di Stoccolma (*K. Lindahl et Al., Hepatology, 2005, 41, 275-9*) ha saggiato per 24 settimane, in 10 pazienti con epatite cronica da HCV genotipo 1, un trattamento con dosi più elevate di ribavirina (in media 2540 mg/die), rispetto a quelle usuali, associate ad una dose fissa (180 mcg) di PegIFN *alfa-2a*. La risposta al trattamento è stata notevole (9/10) di "risposte durevoli" ma gli effetti collaterali sono stati tali (nonostante l'uso di eritropoietina, di trasfusioni e di terapia marziale) da non farne raccomandare l'applicazione, al di fuori degli studi controllati.

Dal lato opposto, T. Poynard et Al. (*Dig Liver Dis, 2004, 36 suppl. 3, S 344-8*), hanno ottenuto buoni risultati (blocco della progressione della fibrosi) con basse dosi di PegIFN e quindi ne raccomandano l'uso nei malati con cirrosi epatica da HCV. Riguardo alle nuove prospettive di terapia, abbiamo sopra accennato alla possibilità di associare l'*alfatimosina* all'IFN + ribavirina; altre speranze sembrano offrire nuovi farmaci in fase di sperimentazione, come gli inibitori delle proteasi: l'**HCV-796** della Wyeth Pharm. o quello **anti-NS3-NS4A** della Vertex Pharm. Inc., l'inibitore non-nucleosidico della RNA polimerasi-RNA-dipendente (**HCV-371**) della Wyeth Pharm., il virulicida **Virostat** della CEO Bioenvision e la Valopicitabina (da associare al PegIFN) della Idenix Pharm. In ogni caso, le prospettive per realizzare, in brevi tempi, terapie più efficaci e meglio tollerate in questa diffusissima malattia, sono, al momento, senz'altro buone.

■ IN SPERIMENTAZIONE UNA NUOVA FORMULAZIONE DI IFN

La Human Genome Sciences Inc., ha in corso sperimentazioni in fase 2 con un nuovo tipo di IFN: l'albumina-*alfa*-IFN (Albuferon) che sembra essere molto attiva nell'epatite da HCV di genotipo 1. I risultati definitivi sono stati presentati in aprile al congresso EASL a Parigi.

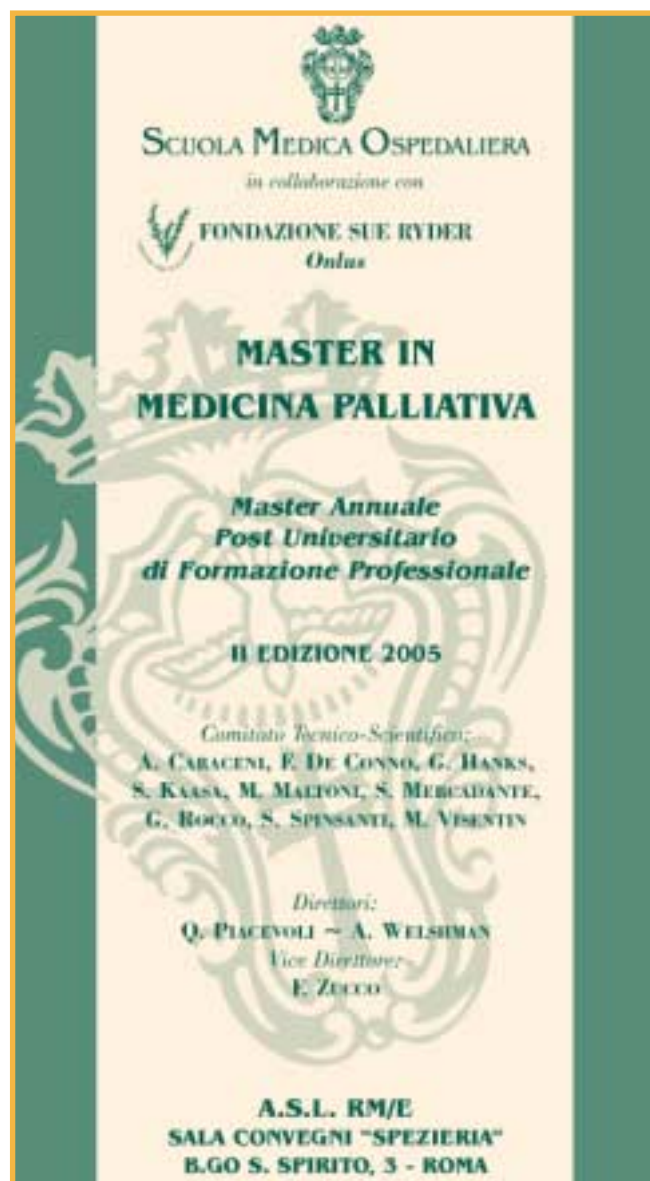
■ BEN TOLLERATI GLI INIBITORI COX-2 NEI CIRROTICI

Una nota sull'ultimo numero di *Hepatology* (2005, 41, n.3) informa che brevi cicli, anche a dosi piene, di Celecoxib - il più noto fra gli inibitori selettivi della Cox-2 - sono risultati innocui e ben tollerati

in pazienti con cirrosi epatica conclamata, in una sperimentazione condotta a Barcellona.

■ L'EPATITE E È UNA ANTROPO-ZOONOSI

K. Takahashi et Al. hanno ottenuto la dimostrazione che l'HEV, il virus RNA responsabile dell'epatite E (una malattia, esclusivamente acuta, molto diffusa in tutta l'Asia, ma assente in Italia) può essere trasmesso all'uomo attraverso alcuni animali selvatici (*Virology, 2004, 330, 501-5*). L'identico genoma virale è stato infatti identificato, in Giappone: a) nel sangue di pazienti affetti dalla malattia che avevano, insieme, consumato la carne cruda di un cervo; b) nei tessuti di questo animale e c) nel sangue di 3 su 7 cinghiali catturati nella medesima zona.



EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA CORSI PROPOSTI PER GIUGNO-OTTOBRE 2005

LA COMPrensIONE PSICODINAMICO-RELAZIONALE DEL DISTURBO PSICHICO
Responsabile: Dionisi - ASL RM D
Per 10 MED + 15 PSI + 10 INF + 10 TEC. EDUC.
Durata: 32 ore dal 06/06/2005 al 19/09/2005
Crediti: 25 T.EDU - 27 MED e PSI - 26 INF

CORSO TEORICO PRATICO DI ENDOSCOPIA TORACICA
Responsabile: Sanguinetti - Osp. S. Filippo Neri
Per 12 MED
Durata: 20 ore dal 08/06/2005 al 06/07/2005
Crediti: 22

CORSO TEORICO PRATICO DI TERAPIA INTENSIVA RESPIRATORIA
Responsabile: Cademartori - Osp. S. Filippo Neri
Per 12 MED
Durata: 22 ore dal 09/06/2005 al 14/07/2005
Crediti: 20

PATOGENESI E TERAPIA DEL DIABETE, TECNICHE DI MONITORAGGIO GLICEMICO
Responsabile: Blasi - ASL RM B - 1° DISTRETTO
Per 15 MED
Durata: 15 ore dal 23/06/2005 al 24/06/2005
Crediti: 12

ELEGGIBILITÀ E MANTENIMENTO DEL DONATORE DI SANGUE
Responsabile: Zennaro, Strano - Fondazione IL FARO, Sala Cinema - Via V. Agnelli
Per 100 MED e BIO
Durata: 30 ore dal 23/06/2005 al 25/06/2005
Crediti: 22

IL RUOLO TECNICO NEL LABORATORIO DI BIOLOGIA MOLECOLARE PER I SERVIZI TRASFUSIONALI (*)
Responsabile: Mannella - Fondazione IL FARO, Sala Cinema - Via V. Agnelli
Per 100 TEC. DI LAB.
Durata: 29 ore dal 04/07/2005 al 06/07/2005

CHIRURGIA ORALE
Responsabile: Condorelli - Polo Odontoiatrico, RM D
Per 15 MED + 15 ODO
Durata: 54 ore dal 04/07/2005 al 22/07/2005
Crediti: 50 ODO

CORSO DI AGGIORNAMENTO IN GINECOLOGIA (*)
Responsabile: Marovello - Osp. S. Giovanni-Addolorata
Per 22 MED
Durata: 60 ore in 2 settimane intensive dal 05/09/2005 al 18/11/2005

CORSO DI AGGIORNAMENTO IN ECOGRAFIA INTERNISTICA (*)
Responsabile: Zirizzotti - Osp. S. Camillo
Per 25 MED
Durata: 60 ore in 2 settimane intensive dal 06/09/2005 al 25/11/2005

CORSO DI AGGIORNAMENTO IN NEUROLOGIA (*)
Responsabile: Piazza, Liguori - Osp. S. Camillo

Per 25 MED
Durata: 60 ore in 2 settimane intensive dal 05/09/2005 al 18/11/2005

CORSO DI AGGIORNAMENTO IN DERMATOLOGIA (*)
Responsabile: Morrone, Latini - Osp. S. Galliciano
Per 15 MED
Durata: 60 ore in 2 settimane intensive dal 05/09/2005 al 18/11/2005

MEDICINA PALLIATIVA (*)
Responsabile: Piacevoli, Welshman - ASL RM E
Per 40 MED + 10 PSI + 10 INF
Durata: 50 ore dal 08/09/2005 al 06/10/2005

PSICOPATOLOGIA PATOLOGICA E PSICOFARMACOLOGIA (*)
Responsabile: Balbi, Lago, Petrini - Osp. Forlanini
Per 30 PSI
Durata: 36 ore dal 23/09/2005 al 16/12/2005

LA CHIRURGIA DEI TERZI MOLARI, STEP BY STEP (*)
Responsabile: Di Dio - Osp. Fatebenefratelli
Per 12 MED + 12 ODO
Durata: 32 ore dal 24/09/2005 al 15/10/2005

ELETTROCARDIOGRAFIA CLINICA (*)
Responsabile: Tiratterra - Osp. S. Spirito
Per 20 MED
Durata: 30 ore dal 03/10/2005 al 14/11/2005

SENOLOGIA ONCOLOGICA: DIAGNOSI E TERAPIA (*)
Responsabile: Caramanica - Policl. Militare Celio
Per 15 MED
Durata: 24 ore dal 04/10/2005 al 25/10/2005

MULTIDIMENSIONALITÀ: UNA METODOLOGIA DI INTERVENTO TERAPEUTICO IN PSICHIATRIA (*)
Responsabile: Dionisi - ASL RM D
Per 10 MED + 15 PSI + 10 INF + 10 TEC. EDUC.
Durata: 32 ore dal 03/10/2005 al 05/12/2005

CLINICA E TERAPIA DELLE MALATTIE INFETTIVE (*)
Responsabile: Renda - Policl. Umberto I
Per 20 MED
Durata: 45 ore dal 05/10/2005 al 07/12/2005

EMATOLOGIA PRATICA (*)
Responsabile: Recine - Osp. S. Spirito
Per 25 MED e BIO
Durata: 30 ore dal 14/10/2005 al 11/11/2005

ECONOMIA E MANAGEMENT SANITARIO: LA QUALITÀ DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI (*)
Responsabile: Piacevoli - ASL RM E
Per 60 iscritti
Durata: 49 ore dal 17/10/2005 al 18/11/2005

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE DIPENDENZE PATOLOGICHE E PSICOTERAPIA COMUNICATIVA (*)
Responsabile: Grassi, Siciliani - Osp. C. Forlanini
Per 40 MED e PSI
Durata: 36 ore dal 22/10/2005 al 13/12/2005

* CORSO REGISTRATO PRESSO IL MINISTERO ED 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: A. De Laurenzi
- Vice-Presidenti: R. Picardi, G. De Simone
- Tesoriere: E. Giovannini
- Consiglieri Elettivi: S. Cademartori, L. Cardillo, M. A. Centra, E. Marovello, M. Moretti, S. Pavoncello, L. Persico, Q. Piacevoli, C. Sbiroli
- Consiglieri di Diritto: L. Benedettelli, F. Condò, G. M. Iadarola, M. Luminari, G. Nisticò, T. Pellegrini, A. Perrone, G. Visco
- Revisori dei Conti: P. Colombo, 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: A. De Laurenzi
- Direttore Scientifico: G. Visco
- Comitato di redazione: L. Cardillo, G. Di Pietroantonio, D. Manfellotto, S. Pavoncello, L. Persico, V. Rulli, G. Visco
- Coordinamento redazionale: P. Colletta
- Grafica e impaginazione: F. Iacoponi
- Stampa: Nuova Editrice Grafica S.r.l.

(Finito di stampare nel mese di maggio 2005)