

TRACCE DELLA PROVA SCRITTA – 01.10.2024

Concorso, per titoli ed esami. Indetto con D.R. Rep. 804/2024, Prot. n. 89575 del 27/06/2024, per l'ammissione di n. 10 laureate/i non medici, alla Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia, dell'area sanitaria.

Traccia n. 1 (Traccia estratta)

Ancoraggio palatale in ortodonzia.

Traccia n. 2

Trattamento ortodontico chirurgico nelle terze classi.

Traccia n. 3

Trattamenti estrattivi nelle seconde classi scheletriche.

Aim There is a lack of sufficient information about the protocols followed by paediatric dentists in informing parents about traumatic dental injuries as a part of anticipatory guidance. Hence, the aim of this study was to assess paediatric dentists' attitudes and practices about parental guidance regarding these injuries.

Material and Methods This was a cross-sectional survey conducted using a validated questionnaire emailed through Google form to approximately 2500 paediatric dentists in various world regions. The sampling method used was a list-based sampling frame followed by simple random sampling. Participants were recruited through national member societies of the International Association of Paediatric Dentistry, personal contacts and social media groups. Only paediatric dentists with at least three years of experience after their post-graduation were only included in the study. Their attitudes and practices towards parental education on dental trauma during the child's first and recalled dental visits were assessed as per their age, gender, country of post-graduation qualification and years of experience in the profession. Chi-Square test was used to evaluate the association between the paediatric dentist response and the continent of practice. Kruskal-Wallis H test was used to assess the level of significance within each variable in relation to the continent of practice. A 95% confidence interval with a significance level of $\alpha = 0.05$ was used.

Results This study comprised of 447 responses from paediatric dentists from all over the world. More than half of the respondents practiced in Asian countries (52%). Information given to parents during the child's first dental appointment, the most effective way to educate parents, and parental guidance showed significant association with country of practice ($p < 0.001$). A small proportion of the participants (26.17%) provided this information only on parental request. Only 33.05% of paediatric dentists routinely provided information to parents on the prevention and emergency management of dental trauma, and 57.02% gave parents first aid information on oro-facial and dental trauma. The majority of respondents (78.23%) gave specific information to parents on dental trauma of primary teeth than avulsed permanent teeth (64.73%). Emergency care for soft-tissue injuries was imparted by a lesser proportion of paediatric dentists (41.87%), while a few (1.37%) did not give any such information.

Conclusion The overall attitude and practice of paediatric dentists toward parental education on traumatic dental injuries were not satisfactory. Many paediatric dentists do not impart education on emergency care and dental trauma prevention in primary teeth. Parents should be informed about oral hygiene instructions and prevention-oriented interventions during the first visit and about managing traumatic dental injuries.

- 1- Il trattamento ortodontico negli adulti è stato una procedura rara fino alla fine del XX secolo. Negli anni Sessanta solo il ... (inserire la % corretta) di tutti i pazienti ortodontici era adulto (sopra i 19 anni).
- A. 5%
 - B. 4%
 - C. 4,5%
 - D. 8%
 - E. 10%
- 2- Nel 1990, il ... (inserire la % corretta) di tutti i pazienti ortodontici era costituito da adulti (sopra i 18 anni).
- A. 19%
 - B. 12%
 - C. 20%
 - D. 24%
 - E. 25%
- 3- Aumento della lunghezza del corpo mandibolare (Gonion-Pogonion in mm) e dell'altezza del ramo mandibolare (Condilion-Gonion in mm) nei maschi in base all'età, secondo Riolo ML, et al. An Atlas of Craniofacial Growth. Ann Arbor. Mich: University of Michigan Center for Human Growth and Development; 1974
- A. 7 anni (2,8 mm, 0,8 mm)
 - B. 8 anni (2,0 mm, 1,4 mm)
 - C. 9 anni (2,2 mm, 1,2 mm)
 - D. 12 anni (1,5 mm, 1,4 mm)
 - E. 14 anni (2,8 mm, 2,2 mm)
- 4- Aumento della lunghezza del corpo mandibolare (Gonion-Pogonion in mm) e dell'altezza del ramo mandibolare (Condilion-Gonion in mm) nelle femmine in base all'età, secondo Riolo ML, et al. An Atlas of Craniofacial Growth. Ann Arbor. Mich: University of Michigan Center for Human Growth and Development; 1974
- A. 10 anni (2,5 mm, 0,7 mm)
 - B. 11 anni (1,9 mm, 1,1 mm)
 - C. 13 anni (1,8 mm, 0,4 mm)
 - D. 15 anni (0,8 mm, 2,3 mm)
 - E. 16 anni (1,0 mm, 1,8 mm)

5- La Rotazione del piano mandibolare rispetto alla base cranica, secondo la terminologia dei cambiamenti rotazionali dei mascellari è indicata in modo diverso dai seguenti 4 Autori Bjork, Solow, Houston e Proffit.

- A. Rotazione all'indietro, Rotazione vera, Rotazione apparente, Rotazione interna
- B. Rotazione totale, Rotazione vera, Rotazione vera, Rotazione interna
- C. Rotazione intra-matrice, Rotazione in avanti, Rotazione vera, Rotazione apparente
- D. Rotazione in avanti, Rotazione totale, Rotazione apparente, Rotazione vera
- E. Rotazione totale, Rotazione intra-matrice, Rotazione vera, Rotazione in avanti

6- Secondo Bell e Proffit in uno studio sulle abitudini viziate nella quale hanno analizzato 8000 bambini tra maschi e femmine. In che percentuale di casi hanno riscontrato il succhiamento del pollice in questo gruppo?

- A. 10% M 12% F
- B. 12% M 18% F
- C. 11% F 15% M
- D. 12% F 14% M
- E. 11% M 15% F

7- Quali sono i valori medio-normali di riferimento per l'ampiezza dell'arcata superiore in dentatura decidua per i maschi e le femmine:

- A. 34.84 mm per i maschi, 33,75 mm per le femmine
- B. 32.20 mm per i maschi, 31,25 mm per le femmine
- C. 33.80 mm per i maschi, 32,80 mm per le femmine
- D. 35.84 mm per i maschi, 34,75 mm per le femmine
- E. 33.76 mm per i maschi, 32.32 mm per le femmine

8- Secondo Farkas LG. Anthropometry of the Head and Face in Medicine. New York: Elsevier Science; 1991. Quali sono le misure antropometriche di giovani adulti, maschi e femmine, dell'ampiezza inter-zigomatica e dell'ampiezza inter-goniaca?

- A. Ampiezza inter-zigomatica (zy-zy in mm) M 135 F 129 Ampiezza inter-goniaca (go-go in mm) M 95 F 90
- B. Ampiezza inter-zigomatica (zy-zy in mm) M 130 F 128 Ampiezza inter-goniaca (go-go in mm) M 96 F 92
- C. Ampiezza inter-zigomatica (zy-zy in mm) M 137 F 130 Ampiezza inter-goniaca (go-go in mm) M 97 F 91
- D. Ampiezza inter-zigomatica (zy-zy in mm) M 136 F 129 Ampiezza inter-goniaca (go-go in mm) M 98 F 93
- E. Ampiezza inter-zigomatica (zy-zy in mm) M 138 F 131 Ampiezza inter-goniaca (go-go in mm) M 99 F 92

9- Secondo Chang C, Springer NC, Fields HW, et al. Smile esthetics from patients perspective for faces of varying attractiveness. Am J Orthod Dentofacial Orthop 140:e171-e180, 2011. Quanto misurano queste variabili del sorriso nei maschi e nelle femmine, in genere vanno da un massimo di ... in mm, ad un minimo di ... in mm.

- A. Corridoio vestibolare/buccale (percentuale di spazio nero della distanza intercommessurale) M 23-15 mm F 17-11 mm
- B. Corridoio vestibolare/buccale (percentuale di spazio nero della distanza intercommessurale) M 24-16 mm F 18-12 mm
- C. Corridoio vestibolare/buccale (percentuale di spazio nero della distanza intercommessurale) M 25-17 mm F 19-13 mm
- D. Corridoio vestibolare/buccale (percentuale di spazio nero della distanza intercommessurale) M 24-15 mm F 17-10 mm
- E. Corridoio vestibolare/buccale (percentuale di spazio nero della distanza intercommessurale) M 25-18 mm F 16-14 mm

10- Quali sono le forze ottimali (esprese in grammi) per il movimento dentale ortodontico in base al Tipo di movimento?

- A. Tipping 32-62 g Traslazione 68-130 g Uprighting radicolare 40-80 g Rotazione 35-65 g Estrusione 30-70 g Intrusione 8-10 g
- B. Tipping 35-60 g Traslazione 70-120 g Uprighting radicolare 50-100 g Rotazione 35-60 g Estrusione 35-60 g Intrusione 10-20 g
- C. Tipping 34-62 g Traslazione 60-120 g Uprighting radicolare 50-100 g Rotazione 38-64 g Estrusione 35-60 g Intrusione 12-22 g
- D. Tipping 38-61 g Traslazione 50-110 g Uprighting radicolare 50-90 g Rotazione 40-70 g Estrusione 35-60 g Intrusione 6-24 g
- E. Tipping 40-63 g Traslazione 40-120 g Uprighting radicolare 48-90 g Rotazione 35-60 g Estrusione 35-70 g Intrusione 8-30 g

11- Il “valore di ancoraggio” di ogni dente è più o meno equivalente all'estensione della sua superficie radicolare. In un grafico modificato da: Freeman D.C. Root Surface Area Related to Anchorage in the Begg Technique. Memphis: University of Tennessee Department of Orthodontics, M.S. Thesis; 1965 compaiono questi valori in arcata superiore ed inferiore. Indica quelli corretti per l'arcata superiore.

- A. Secondo molare 440 Primo molare 523 Secondo premolare 244 Canino 242 Incisivo laterale 192 Incisivo centrale 220
- B. Secondo molare 430 Primo molare 513 Secondo premolare 234 Canino 262 Incisivo laterale 193 Incisivo centrale 240
- C. Secondo molare 450 Primo molare 533 Secondo premolare 254 Canino 282 Incisivo laterale 194 Incisivo centrale 230
- D. Secondo molare 420 Primo molare 543 Secondo premolare 264 Canino 272 Incisivo laterale 195 Incisivo centrale 225
- E. Secondo molare 460 Primo molare 553 Secondo premolare 274 Canino 292 Incisivo laterale 196 Incisivo centrale 244

12- Rigidità e flessibilità sono inversamente proporzionali, secondo quale formula?

- A. $1 \times \text{Rigidità} / \text{Flessibilità}$
- B. $\text{Flessibilità} = 1 / \text{Rigidità}$
- C. $1 \times \text{Flessibilità} = 1/2 \text{Rigidità}$
- D. $1/2 \text{Rigidità} = \text{Flessibilità}^2$
- E. $1 \times \text{Rigidità} / \text{Flessibilità}^3$

13- Diametri mesio-distali medi dei denti delle due serie nei maschi all'arcata inferiore secondo Thilander (2009) (non sono riportate le deviazioni standard).

- A. Incisivo centrale deciduo 4,4 mm Incisivo centrale permanente 5,7 mm Incisivo laterale deciduo 4,8 mm Incisivo laterale permanente 6,2 mm Canino deciduo 5,8 mm Canino permanente 7,1 mm Primo molare deciduo 7,6 mm Primo premolare 7,3 mm Secondo molare deciduo 9,6 mm Secondo premolare 7,4 mm
- B. Incisivo centrale deciduo 4,3 mm Incisivo centrale permanente 5,6 mm Incisivo laterale deciduo 4,9 mm Incisivo laterale permanente 6,1 mm Canino deciduo 5,9 mm Canino permanente 7,2 mm Primo molare deciduo 7,7 mm Primo premolare 7,4 mm Secondo molare deciduo 9,7 mm Secondo premolare 7,5 mm
- C. Incisivo centrale deciduo 4,2 mm Incisivo centrale permanente 5,5 mm Incisivo laterale deciduo 4,8 mm Incisivo laterale permanente 6,1 mm Canino deciduo 5,7 mm Canino permanente 7,4 mm Primo molare deciduo 7,5 mm Primo premolare 7,3 mm Secondo molare deciduo 9,8 mm Secondo premolare 7,4 mm
- D. Incisivo centrale deciduo 4,1 mm Incisivo centrale permanente 5,5 mm Incisivo laterale deciduo 4,8 mm Incisivo laterale permanente 6,2 mm Canino deciduo 6,1 mm Canino permanente 7,1 mm Primo molare deciduo 7,6 mm Primo premolare 7,3 mm Secondo molare deciduo 9,8 mm Secondo premolare 7,6 mm
- E. Incisivo centrale deciduo 4,4 mm Incisivo centrale permanente 5,6 mm Incisivo laterale deciduo 4,8 mm Incisivo laterale permanente 6,3 mm Canino deciduo 5,8 mm Canino permanente 7,3 mm Primo molare deciduo 7,8 mm Primo premolare 7,3 mm Secondo molare deciduo 9,9 mm Secondo premolare 7,4 mm

14- Percentuali di crescita in base all'età delle varie parti del corpo rispetto alle dimensioni definitive di un soggetto di sesso maschile secondo Bushang et al. 1983

- A. Età 4,5 anni – Statura 55% Testa 88% Mascella ANS-PNS 76% Corpo Go-Gn 68% Ramo Gn-Ar 65%
- B. Età 4,5 anni – Statura 56% Testa 89% Mascella ANS-PNS 78% Corpo Go-Gn 69% Ramo Gn-Ar 68%
- C. Età 4,5 anni – Statura 57% Testa 90% Mascella ANS-PNS 82% Corpo Go-Gn 71% Ramo Gn-Ar 64%
- D. Età 4,5 anni – Statura 58% Testa 92% Mascella ANS-PNS 81% Corpo Go-Gn 72% Ramo Gn-Ar 62%
- E. Età 4,5 anni – Statura 60% Testa 91% Mascella ANS-PNS 80% Corpo Go-Gn 70% Ramo Gn-Ar 66%

15- In letteratura ci sono varie definizioni per le diverse tipologie di crescita facciale. Indica quali sono corrette secondo questi autori: Ricketts, Tweed, Sassouni, Muller, Shudy, Bjork.

- A. Ipodivergente/Iperdivergente – Brachifacciale/Dolicofacciale - Deep bite/Open bite – Insufficienza verticale anteriore/Eccesso verticale anteriore – Rotazione anteriore della mandibola/Rotazione posteriore della mandibola - Rotazione in senso orario/Rotazione in senso antiorario –
- B. Brachifacciale/Dolicofacciale - Rotazione anteriore della mandibola/Rotazione posteriore della mandibola - Deep bite/Open bite - Ipodivergente/Iperdivergente – Insufficienza verticale anteriore/Eccesso verticale anteriore – Rotazione in senso orario/Rotazione in senso antiorario –
- C. Deep bite/Open bite - Brachifacciale/Dolicofacciale - Ipodivergente/Iperdivergente – Insufficienza verticale anteriore/Eccesso verticale anteriore – Rotazione anteriore della mandibola/Rotazione posteriore della mandibola - Rotazione in senso orario/Rotazione in senso antiorario
- D. Brachifacciale/Dolicofacciale - Ipodivergente/Iperdivergente – Deep bite/Open bite – Insufficienza verticale anteriore/Eccesso verticale anteriore – Rotazione in senso orario/Rotazione in senso antiorario – Rotazione anteriore della mandibola/Rotazione posteriore della mandibola
- E. Rotazione anteriore della mandibola/Rotazione posteriore della mandibola - Brachifacciale/Dolicofacciale - Ipodivergente/Iperdivergente – Insufficienza verticale anteriore/Eccesso verticale anteriore - Deep bite/Open bite – Rotazione in senso orario/Rotazione in senso antiorario

16- Distribuzione dei respiratori orali nelle differenti classi di Angle come rilevato da Howard 1932, Leech 1958, Huber e Reynolds 1946.

- A. I classe 57% 63% 60%, II classe 12% 23% 28%, III classe 25% 8% 6%
- B. I classe 58% 64% 61%, II classe 13% 24% 29%, III classe 26% 9% 7%
- C. I classe 59% 65% 62%, II classe 14% 25% 30%, III classe 27% 10% 8%
- D. I classe 60% 66% 63%, II classe 15% 26% 31%, III classe 28% 11% 9%
- E. I classe 61% 67% 64%, II classe 16% 27% 32%, III classe 29% 12% 10%

17- Quali sono le complicanze delle OSAS in età pediatrica secondo Favero et. Al. 2010

- A. Ipertensione polmonare, Cuore polmonare, Scarso sviluppo staturale, Disordini comportamentali, Sonnolenza, Enuresi notturna, Alterato sviluppo craniofacciale
- B. Cuore polmonare, Scarso sviluppo staturale, Disordini mentali, Ridotta attenzione, Sonnolenza, Enuresi notturna, Alterato sviluppo craniofacciale
- C. Ipertensione arteriosa, Scarso sviluppo staturale, Disordini comportamentali, Ridotta attenzione, Sonnolenza, Enuresi notturna, Alterato sviluppo craniofacciale

- D. Ipertensione essenziale, Cuore polmonare, Disordini temporo-mandibolari, Ridotta attenzione, Sonnolenza, Enuresi notturna, Alterato sviluppo craniofacciale
- E. Ipertensione polmonare, Cuore polmonare, Scarso sviluppo staturale, Disordini comportamentali, Ridotta attenzione, Sonnolenza, Enuresi notturna, Alterato sviluppo craniofacciale

18- Quale di queste suture non è coinvolta dall'uso dell'E.R.P.?

- A. Sutura mediana del palato
- B. Sutura zigomatica mascellare
- C. Sutura pterigo-palatina
- D. Sutura pterigo-palatina
- E. Sutura occipito-parietale

19. L'ossificazione della mandibola è:

- A. Sia intramembranosa sia intracartilaginea
- B. Endostale
- C. Intramembranosa o mesenchimale
- D. Intracartilaginea o endocondrale
- E. Nessuna delle precedenti

20- In commercio esistono molte prescrizioni degli attacchi e dei tubi che vengono utilizzati nella tecnica straight-wire vestibolare. Di seguito alcune delle prescrizioni più conosciute per quanto riguarda i valori degli incisivi centrali, laterali e canini mascellari: Alexander, Andrews, Damon (torque standard), MBT, Ricketts, Roth. Di seguito i valori di ogni singolo Autore:

- A. Alexander 14 10 -2 Andrews 6 4 -6 Damon (torque standard) 14 6 8 MBT 16 10 -8 Ricketts 21 15 6 Roth 14 10 -4
- B. Alexander 14 10 -3 Andrews 7 3 -7 Damon (torque standard) 13 5 7 MBT 17 11 -9 Ricketts 22 14 7 Roth 12 8 -2
- C. Alexander 13 10 -4 Andrews 7 4 -8 Damon (torque standard) 12 8 9 MBT 19 12 -10 Ricketts 23 13 8 Roth 11 9 -5
- D. Alexander 15 9 -3 Andrews 7 3 -7 Damon (torque standard) 15 6 7 MBT 17 10 -7 Ricketts 22 14 7 Roth 12 8 -2
- E. Alexander 16 11 -5 Andrews 8 4 -8 Damon (torque standard) 16 8 9 MBT 14 12 -8 Ricketts 21 13 8 Roth 11 9 -4

21-Quale di queste sostanze aumenta nel siero di soggetti con sindrome di Zollinger-Ellison?

- A gastrina
- B glucagone
- C insulina
- D eritropoietina
- E pancreozimina

22-Il quadro emogasanalitico della alcalosi respiratoria è caratterizzato da:

- A aumento della pressione parziale di anidride carbonica e diminuzione dei bicarbonati
- B diminuzione della pressione parziale di anidride carbonica ed aumento dei bicarbonati
- C aumento della pressione parziale di anidride carbonica ed aumento dei bicarbonati
- D aumento del pH, diminuzione della pressione parziale di anidride carbonica e diminuzione dei bicarbonati
- E aumento e/o diminuzione della pressione parziale di anidride carbonica e dei bicarbonati in funzione dell'eziologia della acidosi

23- Il Ca 19.9 è un indicatore di neoplasia:

- A tiroidea
- B pancreatica
- C prostatica
- D cerebrale
- E ossea

24- Qual è il valore normale di Sodio nel sudore:

- A 10-40 mmol/L
- B 70-90 mmol/L
- C 50-70 mmol/L
- D 0-5 mmol/L
- E 100-120 mmol/L

25- L'enzima cardine del Sistema Fibrinolitico è:

- A Alfa-2-Macroglobulina
- B Alfa-1-Antitripsina
- C Plasmina
- D Trombina
- E Cardioplipina

26- La normale quantità di liquido sinoviale presente in un'articolazione è di:

- A 1 ml
- B 10 ml
- C 100 ml
- D assente
- E 200 ml

27- Da cosa sono causate le dislalie di origine orale?:

- A labioschisi
- B vegetazioni adenoidee
- C tumori delle prime vie aeree
- D corpi estranei delle prime vie aeree
- E fratture delle ossa nasali

28- Quali sono i criteri diagnostici maggiori della ipercolesterolemia familiare?

- A L'aumento della colesterolemia totale o LDL
- B L'aumento della colesterolemia LDL associata a storia familiare di malattia coronarica
- C L'aumento della colesterolemia LDL nel paziente, in un familiare di primo grado, e la storia familiare di malattia coronarica precoce
- D L'aumento della colesterolemia totale nel paziente e della trigliceridemia in un familiare di primo grado
- E Nessuno dei precedenti

29- Quale dei seguenti fattori inibisce la secrezione di ormone della crescita dall'ipofisi anteriore:

- A somatostatina
- B ormone rilasciante l'ormone della crescita (GHRH)
- C ipoglicemia
- D arginina
- E serotonina

30- Il virus erpetico di Epstein-Barr è stato trovato in associazione a quale delle sottoelencate neoplasie dell'uomo?

- A Linfoma di Burkitt
- B Carcinoma broncogeno
- C Cancro del colon-retto
- D Melanoma
- E Carcinoma mammario

31- La lesione più caratteristica delle ossa in corso di LES in trattamento con glucocorticoidi è:

- A la frattura spontanea
- B l'osteoporosi a chiazze
- C l'osteosclerosi
- D la necrosi asettica
- E l'osteomielite acuta

32-Secondo la classificazione TNM dell'AJCC, cosa si intende, nei tumori del cavo orale, per N2c?

- A metastasi linfonodali omolaterali
- B metastasi in linfonodo con dimensione massima superiore a 6 cm
- C non metastasi nei linfonodi regionali
- D metastasi in linfonodi bilaterali o controlaterali, nessuno con dimensione massima superiore a 6 cm
- E metastasi ai linfonodi polmonari

33- Sudorazione gustatoria e vampate di calore possono seguire un danno del nervo:

- A glosso-faringeo
- B trigemino
- C auricolo-temporale
- D facciale
- E corda timpani

34- A quale condizione è spesso associata la sindrome di Reye?

- A diabete
- B brucellosi
- C assunzione di acido acetilsalicilico
- D emocromatosi
- E somministrazione di eparina

35- Il test di Coombs indiretto indica la presenza di

- A anticorpi adesi alle piastrine
- B anticorpi liberi nel siero
- C eritrociti invecchiati
- D tutte e tre le risposte
- E nessuna di queste

36- Le seguenti affermazioni concernenti la funzione renale e l'equilibrio acido-base, sono tutte vere tranne:

- A il sangue venoso è più acido di quello arterioso
- B normalmente viene riassorbita la quasi totalità dell'acqua passata nell'ultrafiltrato glomerulare
- C quando la glicemia supera un valore critico (soglia renale) il glucosio compare nelle urine
- ~~D~~ il riassorbimento dell'acqua a livello renale dipende esclusivamente dal riassorbimento del sodio
- E i reni intervengono nella regolazione del pH del plasma

37- La sindrome caratterizzata dal pallore, acrocianosi alle mani ed ai piedi, alla punta del naso ed alle orecchie, da anemia emolitica cronica, e' la:

- A sindrome di Raynaud
- B insufficienza cronica congestizia di circolo
- C panarterite nodosa
- D malattia da agglutinine fredde
- E porfiria acuta intermittente

38- Le fibre amieliniche:

- A presentano i nodi di Ranvier
- B sono elettivamente colpite dalla sclerosi multipla
- C presentano una bassa velocità di conduzione
- D non veicolano la sensibilità dolorifica
- E nessuna delle precedenti

39- L'onda T dell'elettrocardiogramma corrisponde a:

- A l'inizio della contrazione isovolumetrica
- B la sistole atriale
- C la sistole ventricolare
- D la massima eiezione ventricolare
- E l'inizio della ripolarizzazione ventricolare

40- Per la diagnosi di I.R.C. è utile la seguente indagine strumentale:

- A Ortopantomografia
- B Clisma opaco
- C Esofago-gastro-duodenoscopia
- D Ecografia renale
- E T.C. cranio