



## Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena



### Consiglio Direttivo:

#### Presidente:

dott. Aulizio Giancarlo

#### Vice Presidente:

dott. Gaudio Michele

#### Segretario:

dott. Ragazzini  
Alessandro

#### Tesoriere:

dott. Pascucci Gian  
Galeazzo

#### Consiglieri:

dott. Balistreri Fabio  
dott. Cancellieri Claudio  
dott. Dell'Amore Davide  
dott. Di Lauro Maurizio  
dott. Galassi Andrea  
dott.ssa Gunelli Roberta  
dott. Lucchi Leonardo  
dott. Maiolo Pasquale  
dott. Paganelli Paolo  
dott. Ragazzini Marco  
dott.ssa Rossi Maria  
Antonietta  
dott. Sbrana Massimo  
dott. Simoni Claudio

#### Commissione Albo Odontoiatri:

#### Presidente:

dott. Di Lauro Maurizio

#### Segretario:

dott. Paganelli Paolo

#### Consiglieri:

dott. Alberti Andrea  
dott. D'Arcangelo Vito

## Notiziario OMCeO Forlì-Cesena n. 2

### Orari Segreteria Ordine

**mattino: dal lunedì al venerdì ore 9.00 -14.00**

**pomeriggio: martedì – giovedì ore 15.30 - 18.30**

**sabato chiuso**

### Contatti

tel. 054327157 fax. 054324940

sito internet: [www.ordinemedicifc.it](http://www.ordinemedicifc.it)

e mail : [info@ordinemedicifc.it](mailto:info@ordinemedicifc.it) [ordinefoce@legalmail.it](mailto:ordinefoce@legalmail.it)

## Convegni e Congressi Corsi ECM

Ordine dei Medici Forlì-Cesena

### Mondo del lavoro e patologie muscolo scheletriche degenerative delle donne

**Martedì 9 febbraio 2010**

**ore 20.00 – 23.30**

Sala G. Bezzi, Ordine dei Medici

Viale Bolognesi n. 19 Forlì

Ore 20.00 – 20.30: **Registrazione partecipanti (ritiro registro ore 21.00)**

Ore 20.30 – 20.45: **Presentazione**

**Dott. Giancarlo Aulizio, Presidente OMCeO Forlì-Cesena**  
**Dott. Giancarlo Verità, Sovrintendente Medico Regionale Inail – Emilia Romagna**

Ore 20.45 – 21.00: **INAIL e patologia da lavoro**

**Dott.ssa Carla Castellucci, Direttore Sede Inail Forlì**

Ore 21.00 – 21.20: **Patologie degenerative da over use della spalla e del gomito**

**Dott. Carlo Andrea Veronesi, Specialista in Ortopedia e Traumatologia**

Ore 21.20 – 21.40: **Patologie degenerative da over use del polso e della mano**

**Dott. Marco Esposito, Specialista in Ortopedia e Traumatologia**

### Corsi FAD

Co.For.Med  
Distance  
Learning  
Zone

**Consorzio  
Formazion  
e Medica -  
12 crediti  
formativi  
ECM validi  
su tutto il  
territorio  
nazionale**

[continua](#)

Istituto  
Superiore  
di Sanita'

la  
**prevenzion  
e dei difetti  
congeniti  
nel  
periodo  
periconcez  
ionale e  
perinatale:  
fattori di  
rischio e  
fattori  
protettivi  
per la  
gravidanza**

[www.iss.it  
/cnmr](http://www.iss.it/cnmr)

**Collegio  
dei Revisori dei Conti:**

**Presidente:**  
dott. Tolomei  
Pierdomenico

**Revisori:**  
dott. Castellini Angelo  
dott.ssa Orlandi Vania

**Revisore supplente:**  
dott. Milandri Massimo

**Commissione  
Comunicazione ed  
Informazione**

**Coordinatore:**  
Dott. Pascucci Gian  
Galeazzo

Dott. Balistreri Fabio  
Dott. Cancellieri Claudio  
Dott. Dell'Amore Davide  
Dott. Milandri Massimo  
Dott. Ragazzini  
Alessandro  
Dott. Simoni Claudio  
Dott. Gaudenzi  
Francesco

**Commissione per  
l'Aggiornamento  
Professionale**

**Coordinatore:**  
Dott. Cancellieri Claudio

Dott.ssa Frattini  
Fiammetta  
Dott. Galassi Andrea  
Dott. Milandri Massimo  
Dott.ssa Orlandi Vania  
Dott. Paganelli Paolo

**Commissione per la  
Pubblicità Sanitaria**

**Coordinatore:**  
Dott. Di Lauro Maurizio

Dott. D'Arcangelo Vito  
Dott. Milandri Massimo  
Dott. Smeraldi Renato

Ore 21.40 – 22.00: Reumatologia dell'arto superiore di genere  
**Dott. Francesco Girelli, *Specialista in Reumatologia***

Ore 22.00 – 22.30: Malattie professionali delle donne  
**Dott.ssa Angela Fantini *Specialista in Medicina del Lavoro***

Ore 22.30 – 23.30: Discussione Test di valutazione e chiusura lavori

---

Ordine dei Medici Forlì-Cesena  
**Approccio clinico al paziente atopico: allergia respiratoria, la pollinosi**  
**Martedì 23 febbraio 2010**  
ore 20.00 – 23.30

Sala G. Bezzi, Ordine dei Medici  
Viale Bolognesi n. 19 Forlì

\*\*\*\*\*

Ordine dei Medici Forlì-Cesena  
**Il trattamento dei dati personali in ambito sanitario**  
**( d. lgs 30/06/2003 n° 196)**  
**Martedì 2 marzo 2010**  
ore 20.00 – 23.30

Sala G. Bezzi, Ordine dei Medici  
Viale Bolognesi n. 19 Forlì

\*\*\*\*\*

Ordine dei Medici Forlì-Cesena  
**Corso di BLS**  
**Mercoledì 28 aprile 2010**  
ore 20.00 – 23.30  
Scuola Infermieri, Ospedale Morgagni-Pierantoni Forlì  
**Iscrizione obbligatoria presso la segreteria dell'Ordine**

\*\*\*\*\*

## Patrocini Ordine

Sia Sezione Marche - Emilia Romagna - RSM  
**Congresso SIA Sezione Marche – Emilia Romagna - RSM**  
**Forlì 30 gennaio 2010 ore 8.15 – 17.00**  
Sala Zambelli, Camera di Commercio  
Info: 0543/720901

---

**Si rammenta ai colleghi che a fine gennaio scade il termine per la presentazione all'Ordine del materiale per il bollettino del centenario.**  
**Chi volesse pubblicare un articolo è pregato di inviare la documentazione al più presto.**

**Commissione  
Regolamento Ordine**

**Coordinatore:**  
Dott. Gaudio Michele

Dott. Di Lauro Maurizio

Dott. Ragazzini  
Alessandro

Avv. Farolfi Francesco

# Aggiornamento Professionale

## **Articolo del Professor Emanuele Ambu noto esperto in campo endodontico a livello nazionale in relazione all'articolo apparso di recente nel Bollettino del nostro Ordine provinciale**

**In relazione all'articolo apparso di recente nel Bollettino del nostro Ordine provinciale, firmato da cinque medici dell'Unità Operativa di Chirurgia Toracica dell'Ospedale G.B. Morgagni-L. Pierantoni di Forlì, riguardante un caso di "Pneumomediastino iatrogeno dopo trattamento endodontico: una rara ma importante complicanza dell'attività odontoiatrica", pubblichiamo l'articolo del Dott. Emanuele Ambu noto esperto in campo endodontico a livello nazionale.**

Dopo aver proceduto alla lettura del Case Report "Pneumomediastino iatrogeno dopo trattamento endodontico: una rara ma importante complicanza dell'attività odontoiatrica" sento il dovere di esporre alcune perplessità relative alla problematica presentata.

Il lavoro presenta sicuramente caratteri d'interesse, e correttamente mette in guardia l'Operatore Odontoiatrico sulle modalità di diagnosi ed intervento di questa grave complicanza. Tuttavia si devono precisare alcuni aspetti, formali e procedurali.

Non esiste una chirurgia endo-ortodontica, ma una chirurgia endodontica ed una ortognatica, così come non si capisce cosa sia la "ricostruzione dentale" (odontoiatria conservatrice? ricostruzione protesica?). L'uso di termini così vaghi e non corretti potrebbe compromettere la comprensione del testo da parte del Clinico meno esperto.

Lo pneumomediastino, o comunque l'insufflazione di aria nei tessuti molli (che si può estrarre con un "semplice" enfisema sottocutaneo) rappresenta un rischio temibile e ben noto soprattutto in caso di estrazione dentaria o chirurgia orale. Non a caso la bibliografia presentata dagli Autori è, nella quasi sua totalità (ovvero in 10 articoli su 12) riferita a complicanze intercorse durante manovre chirurgiche.

Una ricerca effettuata su MedLine ha permesso di evidenziare come la stragrande maggioranza di articoli su questa complicanza sia da ricollegare a manovre chirurgiche. Infatti, utilizzando le parole chiave "Pneumomediastinum AND Dental Surgery" compaiono ben 69 citazioni (delle quali 21 scartate perché non direttamente pertinenti ad una prima revisione), mentre utilizzando le parole chiave "Pneumomediastinum AND Endodontic Therapy" ne compaiono solo due ed utilizzando "Pneumomediastinum AND Endodontics" ne vengono riportati dieci. L'analisi di questi ultimi, tuttavia, rileva due report legati ad interventi di Chirurgia Endodontica (Gulati A. et Al 2008 e Ely EW et Al. 1993), altri due genericamente riferiti a questo tipo di complicanza in Odontoiatria (Heyman SN et Al 1995 e Skaug N. 1972) mentre un quinto articolo (Fruhauf J et Al 2005) riporta due casi clinici con questa complicanza.

Tuttavia la lettura del "full text" rileva come il primo caso sia dovuto alla preparazione di monconi protesici con turbine ad alta velocità mentre il secondo è dovuto all'uso di un apparecchio usato nelle procedure di igiene dentale professionale con l'insufflazione di polvere di bicarbonato ad alta pressione. Nulla perciò di endodontico. Per quel che riguarda i rimanenti 5 articoli, uno è molto vecchio, difficilmente reperibile (Lloyd RE 1975), altri due sono quelli già rilevati nella ricerca con le parole chiave "Pneumomediastinum AND Endodontic Therapy". Il primo di questi (Smatt Y et Al, 2004), riporta un caso nel quale la comparsa della complicanza è dovuta all'uso della siringa aria-acqua per asciugare i canali al termine del trattamento, mentre nel secondo (Nahlieli O et Al 1991) la complicanza è stata indotta dalla liberazione di ossigeno dovuta all'uso, oggi assolutamente obsoleto, del perossido d'idrogeno come detergente canalare.

Un articolo ancora (Wright KJ et Al 1991) riporta un caso in un trattamento di un bambino, dove la complicanza, in sala operatoria, è stata indotta da una serie di concause come l'uso di aria compressa in un dente particolarmente distrutto, con apici aperti (come si verifica in un bambino) e con una grande lesione periapicale.

L'uso di turbine ad aria, poi, (e a questo si riferiscono altri 2 articoli dei 12 riportati nella bibliografia dell'articolo), è fortemente sconsigliata nelle manovre di osteotomia e di separazione radicolare proprio per questo tipo di problematica.

Si consideri, che ormai da almeno un paio di decenni, esistono turbine dedicate alla chirurgia che presentano un motore elettrico e non pneumatico e nelle sale operatorie dove si pratica la Chirurgia Orale e M-F si utilizzano, per questo motivo, solo motori elettrici e mai pneumatici. Un articolo per tutti è "Ely EW et Al. 1993, Thoracic complication of dental surgical procedures: hazards of the dental drills"

Altra annotazione vale per l'anatomia endodontica: le radici del primo molare inferiore non sono praticamente mai in comunicazione con lo spazio sottolinguale, essendo collocate all'interno dell'osso midollare e con gli apici lontani da questo spazio, dal quale sono separati inoltre da uno spesso strato di osso corticale. Viceversa gli apici del secondo e del terzo molare (sebbene in

quest'ultimo caso più raramente) sono sempre in stretta contiguità con l'osso corticale linguale. Succede così frequentemente che la patologia periapicale d'origine endodontica causi un'interruzione di continuità della corticale, mettendo così in comunicazione l'ambiente endodontico con lo spazio sottolinguale. Spesso questa comunicazione è presente per motivi anatomici, anche in assenza delle comunicazioni patologiche sovra descritte. Inoltre la presenza di una lesione incarcera l'aria eventualmente entrata, impedendone la fuoriuscita attraverso il canale per un "meccanismo di valvola" (Smatt Y et Al, 2004, dove si parla di fuoriuscita di aria iniettata dalla siringa aria/acqua attraverso una non meglio precisata "root lesion")

Ovviamente non si hanno le stesse vie di comunicazione tra ambiente orale e tessuti molli in presenza di generose "aperture" chirurgiche o tramite i canali endodontici. Nel caso di brecche chirurgiche o di alveoli post estrattivi, infatti, troviamo comunicazioni di ampio diametro. Nel caso dei sistemi canalari, soprattutto in persone adulte come la paziente descritta nel case report, le dimensioni dei forami apicali sono attono ai 20 centesimi di millimetro. Per riuscire a forzare aria o liquidi oltre apice, anche in presenza di apici ben più larghi, come ad esempio quelli degli elementi immaturi, è necessario impegnare in profondità e contro la parete canalare la via di deflusso (ad esempio un ago o il puntale della siringa aria-acqua) così da poter forzare l'elemento insufflato sia attraverso una via così ridotta sia agendo contro la pressione dei tessuti periapicali. In definitiva, occorre impegnare l'ago contro le pareti, in modo da impedire l'eventuale deflusso lateralmente allo stesso, ed esercitare una forte pressione. Questo rappresenta un errore relativamente frequente in endodonzia, ed è alla base dei diversi "case report" che riportano l'invasione dei tessuti molli periapicali da parte di irriganti canalari come l'ipoclorito di sodio.

In tutte le altre situazioni, ovvero quando si lasci una via di deflusso coronale all'aria o ai liquidi, non si può avere insufflazione di aria o iniezione di liquidi oltre apice (per questo problema si veda il "Manuale illustrato di Endodonzia" Masson 2003 dello scrivente)

Alla luce di queste evidenze appare assolutamente improbabile che sia stata l'azione della turbina a causare lo pneumotorace descritto nel lavoro in questione, in quanto mancano le condizioni "fisiche" per esercitare, con questo strumento, una pressione intracanalare tale da invadere lo spazio periapicale.

Per chiarezza, l'aria non può essere forzata, in queste situazioni, all'interno del canale. E d'altronde, questa ipotesi speculativa avanzata dagli Autori non può essere in alcun modo comprovata, in quanto gli stessi non erano presenti durante la seduta odontoiatrica né può la Paziente descrivere con chiarezza il momento dell'effetto avverso.

Con ogni probabilità l'aria è stata insufflata dall'Operatore per una erronea (e troppo profonda, con impegno del puntale contro le pareti) introduzione della siringa "aria-acqua" durante una manovra di asciugatura del sistema canalare. Questo rappresenta un errore tecnico importante che, come tale, deve essere attentamente evitato.

Dunque, l'articolo appare fortemente deficitario in alcuni suoi aspetti:

L'esame della Letteratura Internazionale non mette in rapporto l'uso della turbina con la comparsa di uno pneumomediastino durante la terapia endodontica. Si sottolinea inoltre l'uso impreciso e fuorviante che gli Autori dell'articolo in questione hanno fatto delle reference in diversi punti della stesura del loro lavoro.

Ad esempio, quando nell'introduzione riferiscono " Lo pneumomediastino da trattamento endodontico è invece estremamente raro, generato molto spesso dall'utilizzo di turbine ad alta pressione che "inietterebbero" l'aria compressa nello spazio connettivo sottostante. (4,5 references N.d.R) " riferiscono un dato assolutamente non suffragato nella Letteratura Scientifica né, come già precisato, nella sua revisione riguardo all'argomento, né nei due articoli citati in relazione a questa affermazione. Infatti le reference 4 e 5 sono rispettivamente i due articoli "Yang SC, Chiu TH, Lin TJ, Chan HM. Subcutaneous emphysema and pneumomediastinum secondary to dental extraction: a case report and literature review *Kaoshing J Med Sci* 2006;22:641-4" e "Tamir S, Backleh G, Hamdan K, Eliashar R. Cervico-facial emphysema and pneumomediastinum complicating a High- speed drill dental procedure. *IMAJ* 2005; 7:124-5.

Il primo di essi descrive l'insorgenza di uno pneumomediastino in seguito all'estrazione chirurgica di un dente del giudizio con l'uso di turbine e di siringhe aria-acqua. Nel lavoro viene spiegato inoltre in modo molto preciso come l'insufflazione di aria attraverso un lembo chirurgico aperto, possa facilmente condurre l'aria attraverso gli strati profondi fino al mediastino. Il secondo articolo si riferisce specificatamente ad uno pneumomediastino dovuto ad estrazione chirurgica di un molare inferiore con l'uso di turbine. In nessuna parte di questi articoli si fa riferimento alla terapia endodontica ( non compare neppure la parola endodonzia, o terapia endodontica o che a queste faccia riferimento) per cui appare assolutamente erroneo l'uso di queste due references, che dovrebbero appunto sostenere la tesi secondo la quale il danno è stato legato all'uso della turbina nella terapia endodontica.

Continuando l'esame dell'articolo, anche la frase "Tuttavia tale patologia risulta di raro riscontro in caso di trattamento endodontico (1,2,4 references n.d.r.), anche se l'introduzione nella pratica odontoiatrica della turbina ad alta pressione aria-acqua, nata per tagliare i denti e spruzzare aria ed acqua per modellare la superficie dentaria, ha aumentato l'incidenza del riscontro di tale complicanza." risulta ancora non essere sostenuta dalla Letteratura citata dagli Autori.

Abbiamo già commentato la reference n° 4; la citazione n° 1 è l'articolo "Yoshimoto A, Mitamura Y, Nakamura H et al. Acute dyspnea during dental extraction. *Respiration* 2002;69:369-71". Esaminando il full text si rileva che si tratta ancora una volta di una complicanza incorsa durante l'estrazione di un terzo molare inferiore. Il riferimento all'endodonzia è estremamente labile,

comparendo una sola volta nella frase "Subcutaneous emphysema and pneumomediastinum have occasionally been reported after various dental and oral surgical procedures such as endodontic therapy, dental extraction and facial fracture".

Il senso dell'articolo di Yoshimoto et Al. si rileva nelle due frasi di sotto riportate, ovvero "Most instances of subcutaneous emphysema and pneumomediastinum resulting from dental extraction are produced by high-speed dental drill and air and water dental syringe" e, di seguito, "Under these conditions, it is entirely possible for pressurized air to be driven into the subcutaneous layer through the surgical wound.". Inutile sottolineare che anche la citazione n° 2 (Rossiter JL, Hendrix RA. Iatrogenic subcutaneous cervicofacial and mediastinal emphysema. J Otolaryngol 1991;20:5.) fa riferimento ad un caso connesso, ancora una volta, all'estrazione di un molare inferiore con infezione, senza alcun riferimento, almeno nell'abstract, alla terapia endodontica.

Sempre in relazione con la frase riportata, poi, l'affermazione "anche se l'introduzione nella pratica odontoiatrica della turbina ad alta pressione aria-acqua, nata per tagliare i denti e spruzzare aria ed acqua per modellare la superficie dentaria, ha aumentato l'incidenza del riscontro di tale complicanza" non è sostenuta dalla Letteratura, non è presente nella pratica Clinica quotidiana di noi Odontoiatri e non appare assolutamente riferibile all'uso della stessa nella terapia endodontica.

Infine l'affermazione "La sua insorgenza, apparentemente non spiegabile in seguito a trattamenti endodontici, è invece comprensibile in base a considerazioni anatomiche, riportata con la citazione n°7 (Cortale M, Sanna S, Liguori G. Pneumomediastino iatrogeno da estrazione dentale. Il Dentista moderno 1996; 73:680-1) non è sostenibile: laddove, infatti, le vie di deflusso dell'aria fino al mediastino sono ben note, non si tiene conto dell'anatomia endodontica che non può, come già spiegato in precedenza, consentire il passaggio forzato di aria quando questa deriva da una turbina aria-acqua mentre questo è sicuramente possibile quando l'aria viene forzata in un ambiente chiuso. Questo si verifica quando si inserisce nel canale, in profondità e a bloccare le pareti, il puntale della siringa aria-acqua allo scopo di asciugare il sistema endodontico.

Ritengo che, a questo punto si sia dimostrata a sufficienza l'inconsistenza e l'incongruità della Letteratura portata dagli Autori a sostegno delle loro tesi. Le references dalla 1 alla 10 (su 12) sono riferite a complicanze in seguito ad estrazioni, la 11 (Naheli O, Neder A, Ashkelon I. iatrogenic pneumomediastinum after endodontic therapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991;71:618-9). è l'unica che effettivamente riporta uno pneumotorace legato a procedure endodontiche ma, come già rilevato, l'insorgenza della complicanza è dovuta all'uso di perossido di idrogeno come irrigante canalare mentre, nello stesso, non si accenna ad alcun problema legato all'uso della turbina. L'ultimo articolo citato riporta la possibilità di otalgia e diminuzione dell'udito in seguito ad enfisema sottocutaneo dovuto ad aria passata attraverso lesioni dei tessuti orali (curiosamente queste complicanze non sono riportate nelle frasi sostenute da questa citazione)

#### Conclusioni

Conosco quanta fatica e quanto impegno ci sia dietro la stesura di un lavoro scientifico e mi dispiace dover confutare in modo così incisivo il lavoro scientifico in questione. Tuttavia ci sono troppe imprecisioni ed errori, che non permettono la ricostruzione precisa di quello che probabilmente si è verificato.

Ed il primo errore commesso dai Colleghi che hanno steso questo lavoro scientifico è stato quello di non chiamare il Collega Odontoiatra e di raccogliere la sua descrizione dell'accaduto, cercando di ricercare quali fossero stati i comportamenti sbagliati nel corso della terapia.

Il secondo è stato conseguente: la necessità di trovare una spiegazione, senza avere notizie precise del come questo fosse accaduto, ha fatto sì che si forzasse la Letteratura Scientifica tentando di attribuirle cose che questa non affermava. Anche in questo caso la presenza di un Odontoiatra nel gruppo di lavoro avrebbe permesso di rilevare immediatamente gli errori interpretativi.

Sarebbe stato sufficiente, in ogni caso, che questo articolo fosse stato consegnato, dal comitato di lettura, al controllo di un Odontoiatra prima di accettarlo per la pubblicazione.

Si può supporre che i Colleghi Chirurghi che hanno compilato questo lavoro non abbiano mai utilizzato una turbina odontoiatrica, o la siringa aria-acqua di un riunito odontoiatrico, e che mai abbiano effettuato un'apertura di cavità d'accesso e dunque possiamo pensare che non abbiano presente cosa avviene realmente quando si utilizzano i vari strumenti durante una terapia endodontica.

Ma perché è così importante confutare questo articolo?

Perché affermare che l'uso della turbina durante le terapie endodontiche sia potenzialmente pericoloso per la possibilità di creare uno pneumotorace, oltre a non essere assolutamente veritiero e assolutamente non suffragato dalla Letteratura Scientifica, porrebbe dei limiti, anche per motivi medico-legali, ad una manovra che viene effettuata centinaia di volte all'anno da qualsiasi dentista senza che mai si verifichi la complicanza sopra descritta. Inoltre la turbina "ad alta pressione aria-acqua" non è sicuramente un'introduzione recente, essendo entrata nella pratica quotidiana di qualsiasi odontoiatra da almeno 30 anni, senza che ci sia stato l'aumento dell'incidenza di questa complicanza durante la terapia endodontica. A smentire gli Autori, in questo caso, è l'evidenza quotidiana di noi operatori e il vuoto di queste segnalazioni in Letteratura Internazionali. Negli Stati Uniti, ad esempio, vengono effettuate 40 milioni di terapie endodontiche all'anno, nella quasi totalità con la turbina. Il silenzio della Letteratura su questa associazione (uso della turbina / Pneumotorace o Enfisema Sottocutaneo) dovrebbe essere sufficiente a dirimere

ogni dubbio.

Infine questo lavoro, riportato nel solco della corretta interpretazione, potrebbe essere molto utile per tutti gli Odontoiatri segnalando la complicità e, una volta chiarite le modalità dell'incidente, ponendo l'accento sul fatto che questa sia dovuta ad un "errore iatrogeno" come l'insufflazione forzata di aria nel canale con una siringa aria-acqua e non ad una banale e corretta procedura clinica.

#### **Dottor Emanuele Ambu**

Prof. a contratto con incarico di supplenza per l'Insegnamento di Materiali Dentari per Endodonzia, CLSOPD, Università di Modena e Reggio Emilia  
Responsabile del Corso di Perfezionamento Universitario di Endodonzia (anni 2004- 2005) , CLSOPD, Università di Modena e Reggio Emilia  
Professore a Contratto Master di Endodonzia Università di Bologna (2006-2008)  
Socio Attivo della Società Italiana di Endodonzia  
Active Member European Society of Endodontology  
Autore di >50 Articoli Scientifici in Riviste Odontoiatriche Italiane ed Internazionali  
Autore di Libri e CD-Rom ad argomento Endodontico

Via Marconi 16, 40122 Bologna  
Per contatti [leleambu@libero.it](mailto:leleambu@libero.it)

---

### **Corsi Sicurezza nei Luoghi di Lavoro per R.S.P.P., Addetto alla Prevenzione Incendi, gestione dell' emergenza ed evacuazione e per R.L.S.**

Si informano tutti i colleghi che, organizzato dall'ANDI di FORLÌ-CESENA in collaborazione con ANDI RAVENNA, si terranno nei giorni 19-20 FEBBRAIO e 12-13 MARZO i corsi relativi alla Sicurezza nei Luoghi di Lavoro per R.S.P.P., Addetto alla Prevenzione Incendi, gestione dell'emergenza ed evacuazione e per R.L.S.

Il corso per R.S.P.P. è in fase di accreditamento punti ECM nel rispetto del programma nazionale per la formazione continua degli operatori della sanità.

Chi fosse interessato può contattare il Dott. Paolo Paganelli al numero 0547/ 23879 oppure richiedere informazioni e scheda d'iscrizione all' indirizzo mail a: [paganelli.p@libero.it](mailto:paganelli.p@libero.it)

---

### **Informazione sull'aliquota modulare**

I nuovi Accordi Collettivi di categoria, entrati in vigore l'estate scorsa, hanno introdotto (art. 60) l'istituto dell'aliquota modulare su base volontaria: l'iscritto, ferma restando l'aliquota stabilita a carico dell'Azienda, potrà scegliere di elevare la quota contributiva a proprio carico fino ad un massimo di cinque punti percentuali.

Tale facoltà è esercitabile, una volta l'anno, entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento del contributo.

L'opzione dell'aliquota (dall'1% al 5%) è modificabile annualmente, ma solo in **aumento**.

#### **ALIQUOTA MODULARE E RENDIMENTO**

1% di incremento	0,0939
2% di incremento	0,1878
3% di incremento	0,2817
4% di incremento	0,3756
5% di incremento	0,4695

Chi sceglierà l'1% per il 2010, nel 2011 potrà passare al 2,3,4 o 5% oppure restare all'1% ma non tornare semplicemente a zero.

La convenienza del versamento del contributo modulare è legata soprattutto alla sua totale deducibilità fiscale e, soprattutto, alla situazione economica individuale e questa va verificata col proprio commercialista.

## **Graduatorie di settore della medicina generale valevoli per il 2010 e incarichi a tempo determinato**

Si informa che nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna - parte seconda - n.3 del 21 gennaio 2010 è pubblicato l'avviso per la formazione di graduatorie per incarichi a tempo determinato nei settori della medicina generale convenzionata. Nel medesimo BUR sono consultabili le graduatorie di settore della medicina generale valevoli per il 2010.

Il presente avviso e le graduatorie sono disponibili e nel sito [www.saluter.it](http://www.saluter.it) - in esclusiva per - operatori della sanità - bandi e concorsi e nel sito della Regione [www.regione.emilia-romagna.it](http://www.regione.emilia-romagna.it) al link "modulistica on line" .

Il BUR è consultabile on line nel sito della Regione Emilia-Romagna.

Termine di scadenza per la presentazione delle domande: 20 febbraio 2010.

---

## **Vigiliamo sui siti web gestiti da medici**

Internet è sicuramente uno strumento molto utile per l'aggiornamento medico e per lo scambio di informazioni tra colleghi. Crediamo fermamente, però che gli Ordini Professionali debbano tenere sotto controllo tutti i siti gestiti direttamente dai medici per scopi informativi o professionali. Lo scopo è, ovviamente, quello di evitare che circolino sul web informazioni distorte o fuorvianti nei confronti dell'utenza, per tutelare sia i cittadini, sia i colleghi medici e odontoiatri da forme di concorrenza sleale. Questo per una maggiore trasparenza e per sgombrare il campo dal pericolo di informazioni ingannevoli o 'pubblicitarie', soprattutto nel campo delle terapie e delle medicine alternative a quelle ufficiali. Per favorire un monitoraggio di tutti i siti dei colleghi iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena, **rinnoviamo pertanto l'invito ai nostri iscritti a notificare l'indirizzo di tutti i siti web personali alla Segreteria**, comunicandolo a [info@ordinemedicifc.it](mailto:info@ordinemedicifc.it) e anche a segnalare eventuali situazioni "sospette" o comunicazioni non corrette allo stesso indirizzo, o direttamente alla Commissione per la Pubblicità Sanitaria, il cui indirizzo e-mail diretto è [commissione\\_pubblicita@ordinemedicifc.it](mailto:commissione_pubblicita@ordinemedicifc.it)

---

## **Indispensabile la autocertificazione per assenze brevi**

Le nuove norme sul Certificato di Malattia INPS prevedono che entro il 2010 tutti i medici italiani dovranno compilare on-line la certificazione solo dopo avere direttamente constatato le condizioni del paziente (presumibilmente, quindi, solo nel nostro studio, da dove possiamo collegarci ad internet..). Ogni patologia dovrebbe essere obbiettivabile, e in caso di certificati ritenuti non veritieri, le sanzioni previste sono molto dure. A tal proposito, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha auspicato chiarimenti normativi sulla "obbiettività" delle patologie. Per ora, è infatti ben definito solo il sistema sanzionatorio nei confronti dei medici che certificano le malattie ai lavoratori dipendenti; con la scusa dell'ottimizzazione della produttività si stabiliscono vincoli difficilmente applicabili. Cosa significa che "un certificato non può riferirsi a dati clinici non direttamente constatati né oggettivamente documentati" ?.

*Commento della Redazione del Notiziario: Come Ordine dei Medici di Forlì, appoggiamo anche noi la proposta di consentire la autocertificazione del dipendente per assenze inferiori ai tre giorni. Questo permetterebbe di evitare responsabilità del medico certificante in caso di patologie riferite, che sono appunto quelle che necessitano di prognosi più brevi. Pensiamo ad esempio a una febbre serale passata il giorno dopo, a un attacco emicranico risoltosi al momento della visita, ad altri tipi di indisposizioni o inabilità temporanee accadute non in orario di ambulatorio. Sono situazioni piuttosto comuni, e in tutti questi casi la "obbiettività" della patologia sarebbe inesistente, e il medico certificante, se volesse applicare alla lettera le nuove norme, sarebbe in grave imbarazzo.*

---

## **Gli antidepressivi aumentano il rischio di ictus e di morte ?**

In rete si è parlato parecchio di uno studio pubblicato sul sito di informazione medica [www.pillole.org](http://www.pillole.org) Secondo questo studio prospettico chiamato WHI l'uso degli antidepressivi è associato ad un aumento della mortalità totale e quello degli SSRI ad un aumento del rischio di ictus. Come si sa bene, gli antidepressivi sono farmaci ampiamente prescritti, ma mentre la depressione è un fattore di rischio indipendente per morbilità e mortalità cardiovascolare, gli effetti dell'uso di antidepressivi su questi esiti è meno chiaro. Infatti, se gli antidepressivi triciclici (TCA) sono ormai divenuti di seconda scelta anche per il loro potenziale effetto cardiottossico, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) li hanno soppiantati come prima linea di

trattamento, anche perché sono più sicuri in overdose. Inoltre, per l'effetto antiaggregante piastrinico della serotonina, il blocco della ricaptazione della serotonina e la secondaria deplezione della serotonina piastrinica con l'uso degli SSRI potrebbe avere un effetto protettivo nei confronti degli eventi ischemici cardiovascolari.

Lo studio WHI consiste di 3 trials clinici sovrapposti (CTs) e di uno studio osservazionale longitudinale di coorte (OS) condotti in 40 centri clinici negli USA con lo scopo di investigare i fattori di rischio per ciascuna malattia cronica in 161.608 donne in postmenopausa di età dai 50 ai 79 anni. Le donne sono state arruolate dal 1993 al 1998 e osservate per eventi incidenti. I risultati dello studio direbbero che l'uso di antidepressivi NON è risultato associato con malattia coronarica, mentre l'uso di SSRI è associato con un incremento del rischio di stroke (hazard ratio [HR], 1.45, [95% CI, 1.08-1.97]) e di mortalità per tutte le cause (HR, 1.32 [95% CI, 1.10-1.59]).

Questo studio di Smoller e coll. non è il solo studio che documenta un'associazione tra uso di antidepressivi ed aumento della mortalità totale e degli eventi cardiovascolari. In uno studio italiano coordinato dall'Istituto Mario Negri, sempre di tipo osservazionale, su quasi 300.000 soggetti senza patologia cardiovascolare nota (età media circa 49 anni) si è visto che l'esposizione nei 12 mesi precedenti a farmaci antidepressivi risultava associata ad un aumento della mortalità totale (HR 1,88; 1,33-2,66) e ad un aumento della prescrizione di farmaci cardiovascolari. Tuttavia gli autori ammettono il limite maggiore del loro studio, e cioè l'impossibilità di definire se l'associazione trovata sia dovuta alla patologia depressiva stessa oppure all'uso degli antidepressivi. Questa considerazione è molto importante in quanto sono numerosi ormai i contributi presenti in letteratura che documentano come la depressione stessa sia un fattore di rischio per patologie di tipo cardiovascolare. Questo dipende da una serie di fattori, e probabilmente importanti sono quelli di tipo comportamentale come l'inattività fisica. Sempre fattori legati allo stile di vita sembrano spiegare l'associazione, peraltro modesta, tra depressione e diabete. Per quanto sofisticate possano essere le metodiche con le quali si può cercare di correggere questi fattori confondenti, il dubbio rimane comunque. In conclusione, nelle nostre scelte terapeutiche occorre trattare con rigore tutti i fattori di rischio cardiovascolari presenti nei nostri pazienti in cui sia necessario instaurare un trattamento antidepressivo. (Smoller JW et al. *Antidepressant Use and Risk of Incident Cardiovascular Morbidity and Mortality Among Postmenopausal Women in the Women's Health Initiative Study*. Arch Inter Med 2009 14/28 Dec; 169:2128.2139.)

## **Boom dell' Abusivismo tra i dentisti, ma le sanzioni sono leggere**

Nel nostro paese, uno studio odontoiatrico ogni tre giorni viene sequestrato o chiuso dai Carabinieri dei Nas. Il totale è stato di 94 nei primi nove mesi del 2009. Da gennaio a settembre i finti dentisti 'pizzicati' dai Nas sono stati 184. Individui che, senza nessun titolo, eseguivano otturazioni e devitalizzazioni dentali, e che possono essere definiti solo truffatori. Sono i dati pubblicati a fine anno su ADNCRONOS SALUTE, relativi ai primi nove mesi del 2009. E non è solo la professione di dentista che è particolarmente ambita dagli imbroglioni, perché sembra molto di moda anche quella dell'infermiere. Nello stesso periodo esaminato, i Nas hanno infatti scovato la bellezza di 109 'abusivi' tra questi operatori sanitari. Dai dati in possesso dei carabinieri della salute emerge, invece, che pochi si fingono medico. Nei primi nove mesi del 2009 ne è stato scovato solo uno, un finto medico di famiglia. Senza dimenticare però il finto pediatra che dal novembre del 1990 lavorava all'ospedale di Rho. Una truffa venuta alla luce in Ottobre, e che ha riacceso i riflettori sul fenomeno dell'abusivismo tra le professioni sanitarie. Nell'anno precedente, il 2008, gli studi odontoiatrici sequestrati o chiusi sono stati 160, i dentisti 'abusivi' 249 e i falsi infermieri 170. E anche nel 2008 i finti camici medici a finire nella rete dei Nas sono stati due.

A fronte di questa realtà, bisogna dire, purtroppo, che la Giustizia italiana è troppo 'tenera' con i falsi dentisti. Chi viene 'pizzicato' dalle Forze dell'ordine rischia poco, quasi niente. Gli viene applicato l'art. 348 del Codice Penale, quello relativo all'esercizio abusivo della professione. Chi lo viola è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da 100 a 500 euro. Ridicolo. A tal proposito, Gianfranco Prada, segretario sindacale dell'ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) ha dichiarato: "in giudizio viene sempre comminata una sanzione pecuniaria. Troppo poco". Gli 'imbroglioni' possono così riprendere la loro attività abusiva. "E' così", assicura Prada. "Anche perché non è neanche prevista la confisca delle attrezzature, ma solo il sequestro. Peraltro non obbligatorio". Basta quindi presentare un'istanza di dissequestro per rientrare in possesso delle costose apparecchiature. Proprio la confisca è l'elemento deterrente che l'Andi chiede di inserire nelle proposte di legge per l'inasprimento della pena per i dentisti abusivi. "Nella scorsa legislatura - sottolinea Prada - l'ex ministro della Salute, Livia Turco, aveva messo a punto un progetto di legge di iniziativa governativa per inasprire le sanzioni contro i falsi odontoiatri. Il provvedimento, che prevedeva anche la confisca delle attrezzature, aveva ottenuto il via libera dal Consiglio dei ministri, ma non ha fatto in tempo a ricevere l'ok del Parlamento. Il Governo Prodi è caduto e non c'è stato il tempo di completare l'iter legislativo".

L'allarme è stato rilanciato anche dalla Commissione Nazionale Albo Odontoiatri, che ha presentato un Libro Bianco che raccoglie le testimonianze di quanto si è fatto sinora contro l'esercizio abusivo della professione. "La CAO nazionale e quelle dei singoli Ordini non hanno mai smesso di fare sentire la propria voce nell'ambito della lotta all'abusivismo e al prestanomismo - dichiara il Presidente Giuseppe Renzo -, in un'ottica di tutela del diritto alla salute. E la corretta informazione è uno strumento prioritario per garantire al cittadino la piena fruizione di questo diritto".

## **Gli stimoli intellettuali riducono la demenza**

Da diversi anni si diceva che il mantenere allenate le capacità intellettive in età avanzata aiuta a limitare l'incidenza di deficit cognitivi.

Uno recente studio francese, pubblicato su *Neurology* ha dimostrato una riduzione del rischio di queste patologie in anziani impegnati in attività ricreative, quali composizione di puzzle, giochi di carte, ed eventi culturali, quali visione di film e spettacoli teatrali. Attenzione, però, solo se il tutto è compiuto con una certa frequenza. Infatti, dopo quattro anni di osservazione da parte degli autori, gli individui ultrasessantenni che svolgevano queste attività più di frequente (almeno due volte alla settimana) hanno registrato i risultati migliori, con una riduzione del 50% dell'incidenza di demenza e del 40% di Alzheimer. Non servirebbe a molto, invece, praticare attività fisiche, passive o sociali, come camminare, guardare la televisione, ascoltare la radio, praticare giardinaggio o far visita agli amici. Il rischio di sviluppare patologie neurodegenerative diminuisce solo con attività che stimolano le funzioni cognitive. (*Neurology* 2009, 73, 854-861)

---

## **Helicobacter Pylori, eradicazione potenziata da vit.C**

Uno studio proveniente nientemeno che dall' Iran potrebbe aiutarci a migliorare i risultati delle eradicazioni da HP. Pare infatti che la somministrazione aggiuntiva di vitamina C ai nostri pazienti che stanno eseguendo una eradicazione dall'*Helicobacter Pylori* aumenti significativamente l'efficacia del trattamento stesso. Lo studio è stato pubblicato su *"Digestive and Liver Disease"* (2009; 41:644-647). I ricercatori Iranian hanno basato lo studio sul fatto che la vitamina C si è dimostrata in grado di inibire la crescita dell' HP sia nel succo gastrico che in vitro. Sono stati studiati 312 pazienti infettati dal batterio, randomizzati in due gruppi: il primo (gruppo A, 162 soggetti) in trattamento con amoxicillina 1 g, metronidazolo 500 mg bid, bismuto 240 mg bid e omeprazolo 40 mg qid in due dosi; il secondo (gruppo B, 150 soggetti) sotto lo stesso regime terapeutico più 500 mg di vitamina C al giorno. Tutti i soggetti furono trattati per due settimane e, quattro settimane dopo, sottoposti a urea breath test (UBT). Solo il 48,8% dei pazienti del Gruppo A aveva risposto alla terapia eradicante e faceva registrare un UBT negativo, contro il 78% del gruppo B. Gli autori raccomandano la esecuzione di ulteriori studi prospettici per confermare questi risultati, ma nel frattempo, grazie a sicurezza della supplementazione, disponibilità e facilità di somministrazione, ritengono che la vitamina C possa essere aggiunta alle terapie di eradicazione dell' H.pylori

---

## **Tensione mammaria spia di rischio in corso di TOS**

Uno studio pubblicato a fine 2009 su *"Archives of Internal Medicine"* ha individuato la tensione mammaria in corso di Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS) come un fattore prognostico per la insorgenza del tumore mammario. I colleghi che seguono le pazienti in trattamento sostitutivo con estrogeni coniugati + medrossiprogesterone sanno che è abbastanza frequente (dal 10 al 25% dei casi) che nelle donne l'inizio della terapia sia accompagnato da una fastidiosa tensione mammaria, che tra l'altro è stata correlata anche a modificazioni mammografiche della densità della ghiandola. Su tale base i colleghi del Dipartimento di Medicina dell'Università di Los Angeles hanno voluto rivisitare i dati del Women's Health Initiative Estrogen - Progestin Trial, con lo scopo di valutare se il sintomo potesse essere correlato con l'insorgenza del tumore mammario. La loro rivalutazione ha consentito di giungere alle seguenti conclusioni: a) la tensione mammaria è significativamente correlata con la TOS tanto che, pur presente anche nel gruppo di controllo, si è riscontrata in modo significativamente maggiore nel gruppo in terapia sostitutiva b) le donne che la manifestano hanno caratteristiche tali da essere classificate, secondo il modello Gail, fra quelle a basso rischio di insorgenza di cancro al seno c) la comparsa della tensione mammaria al momento dell'inizio della TOS è tuttavia correlabile ad un significativo aumento del rischio di cancro mammario (hazard ratio 1,48; 95% CI 1,08-2,03; P=0.02). Nel gruppo placebo l'incidenza della sintomatologia non è risultata essere differente nel gruppo delle pazienti che non svilupperanno in seguito il tumore rispetto a quelle che invece lo svilupperanno. La sensibilità e la specificità del sintomo per predire l'insorgenza del cancro mammario invasivo sono risultate rispettivamente del 41 e 64%, sostanzialmente sovrapponibili a quelle del modello Gail che prevede la valutazione di molteplici variabili. Appare ovvia la raccomandazione di non sottovalutare una fastidiosa tensione mammaria nelle pazienti in TOS. (*Arch Intern Med.* 2009;169(18):1684-1691)

---

## **Stare seduti a lungo aumenta i rischi di morte !**

Uno studio australiano, pubblicato di recente su *"Circulation"* ha concluso che stare seduti molte ore al giorno aumenta le probabilità di morire per un evento cardiovascolare. La ricerca, diretta da David Dunstan del Diabetes Institute di Melbourne, ha analizzato il comportamento di 8.800 volontari per 6 anni. Questi soggetti trascorrevano dalle 4 ore in su al giorno davanti alla TV. Il loro rischio di morte per qualsiasi tipo di causa è risultato più alto del 46% rispetto a chi stava seduto meno di 2 ore al giorno, e le probabilità di morte per malattie cardiovascolari sono risultate più elevate dell' 80%. Gli stessi risultati sembrano applicabili a qualsiasi altra attività sedentaria, quale

	<p>stare seduti al computer, leggere, guidare, prendere il treno o la metro. In realtà sembra che i partecipanti all'indagine facessero pure un po' di esercizio fisico (in media tra i 30 ed i 45 minuti al giorno), ma i risultati del rapporto evidenziano soprattutto l'importanza di interrompere la sedentarietà, alzandosi, facendo due passi, le scale o qualsiasi attività che metta in movimento l'organismo. La spiegazione, infatti, è metabolica. L' assenza di movimento fisico rallenta lo smaltimento di zuccheri e grassi, e questi ultimi invece di dirigersi verso i muscoli si disperdono nel flusso sanguigno, aumentando il colesterolo. Si può stimare che ogni ora di sedentarietà aumenta i rischi di morte dell'11% ed in particolare di morte per problemi cardiaci del 18%. E purtroppo, con questi dati tutti noi 'camici bianchi' siamo a rischio. Chi non è costretto, infatti, alla scrivania per diverse ore tutti i giorni ? Appare pertanto particolarmente importante, soprattutto per noi, moderare la assunzione di grassi e zuccheri e fare regolare attività fisica. Meditate, colleghi, meditate.....</p>	