

novara medica

BOLLETTINO
TRIMESTRALE

anno XXXV
numero 1
gennaio
2024

In evidenza:

Novara Odontoiatrica N. 1-2024 | pag. 15

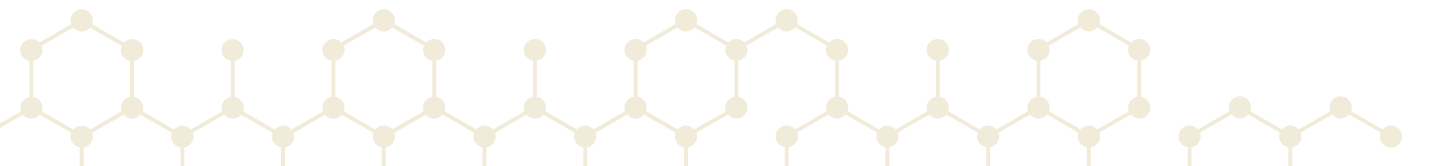


Spedizione in abbonamento postale - 70% pubblicità Filiale di Novara - Tassa pagata

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Novara

sito: www.ordinemedicinovara.com

facebook: **OMCeO Novara**



LEGGEREZZA MEZZA BELLEZZA



Acqua Lauretana mantiene idratati i tessuti del corpo, per una pelle fresca, giovane ed elastica. Ideale per favorire l'effetto detox, Lauretana sorge pura in un territorio alpino incontaminato ed è l'acqua più leggera d'Europa grazie ai soli 14 mg/l di residuo fisso. Ideale per grandi e piccoli, famiglie e sportivi, Lauretana è ideale per chi ha scelto uno stile di vita orientato al benessere.

LAURETANA®

L'acqua più leggera d'Europa

consigliata a chi si vuole bene

Segui la leggerezza    www.lauretana.com



SOMMARIO

● L'Ordine al lavoro	
Convocazione Assemblea Annuale	4
Dal Consiglio Direttivo.....	5
● News da...	
FNOMCeO	8
MMG	10
Specialisti ambulatoriali	11
Marina Militare	12
AOU	13
ASL NO	24
● Novara Odontoiatrica N. 1-2024	
Congresso Regionale ANDI Piemonte	15
Programma Culturale 2024	22
Cenacolo del Lago Maggiore	23
● Medicina in pillole	
Novità in tema di trattamento dell'ipercolesterolemia	25
● Divagazioni storiche	
Eugenio Borgna e la psichiatria "gentile"	27
● Lavagna	
Il sapore nella evoluzione umana	29
Il dottor Giuseppe Crosta ci ha lasciato	32
● Sostituzioni	33

Periodico Trimestrale di informazione medica,
inviato gratuitamente agli iscritti e a tutti gli Ordini d'Italia.
Autorizzazione del Tribunale di Novara n. 3/90 del 7 febbraio 1990.
Spedizione in abbonamento postale - 70% pubblicità Filiale di Novara

Progetto e realizzazione grafica:
SGI srl - Società Generale dell'Immagine
Via Pomaro, 3 - 10136 Torino

Per spazi pubblicitari contattare:
SGI srl - Società Generale dell'Immagine
Via Pomaro, 3 - 10136 Torino - Tel. 011.359908, fax 011.3290679

Stampa: La Terra Promessa Onlus - Novara

CONSIGLIO DIRETTIVO
Presidente: Federico D'Andrea
Vice Presidente: Lucio Gatti
Segretario: Marco Degrandi
Tesoriere: Gianluca De Regibus
Consiglieri: Pier Giorgio Barberi,
Renzo Luciano Boldorini,
Francesco Bonomo, Maddalena Brustia,
Giuseppe Crosta, Stefano Cusinato,
Maurizio Dugnani, Lina Falletta,
Maurizio Antonio Gugino (Cons. Odont.),
Cristina Gigli, Giulia Pulselli,
Michele Montecucco (Cons. Odont.),
Andrea Rognoni.

COMMISSIONE ODONTOIATRICA
Presidente: Michele Montecucco
Vice Presidente: Maurizio Antonio Gugino
Componenti: Mauro Casella,
Maurizio Marinone, Mario Migliario.

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI
Presidente: Mauro Nicola
Effettivi: Vincenzo Burgio,
Umberto Invernizzi
Supplente: Daniele Angioni

DIREZIONE, REDAZIONE,
AMMINISTRAZIONE
Via Torelli 31/A - 28100 Novara
Tel. 0321.410130 Fax 0321.410068
ordinemediciodontoiatrinovara@gmail.com
www.ordinemedicinovara.com

DIRETTORE
Federico D'Andrea

CO-DIRETTORI
Maurizio Dugnani

COMITATO DI REDAZIONE
Maurizio Dugnani, Mauro Casella,
Emanuele Farina, Cristina Gigli,
Gabriele Mancin, Simona Paglino,
Ercole Pelizzone.

SEGRETARIA DI REDAZIONE
Valeria Pini

CONVOCAZIONE assemblea annuale

In ottemperanza alle Leggi vigenti, è convocata l'Assemblea ordinaria degli iscritti in prima convocazione alle ore 7 del 21 Febbraio ed in seconda convocazione:

Martedì 20 Febbraio 2024 ALLE ORE 21

presso la Sede dell'Ordine - Via Torelli 31/a - Novara, con il seguente

ORDINE DEL GIORNO

1. Lettura verbale Assemblea del 21.02.2023;
2. Commemorazione degli iscritti defunti nel 2023;
3. Premiazione con medaglia degli iscritti laureati nel 1973;
4. Lettura Giuramento;
5. Relazione del Presidente;
6. Relazione del Tesoriere;
7. Relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti;
8. Approvazione conto consuntivo 2023 e preventivo 2024;
9. Varie ed eventuali.

È ammessa la partecipazione per delega scritta utilizzando il tagliando sotto riportato. Ogni partecipante non può presentare più di due deleghe.

IL PRESIDENTE
Dott. Federico D'Andrea



DELEGA PARTECIPAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE 20 FEBBRAIO 2024

Il Dott. _____ nato/a a _____ il _____

DELEGA

Il Dott. _____ nato/a a _____ il _____

a rappresentarlo/a all'Assemblea Ordinaria del 20 Febbraio 2024.

Data, _____

FIRMA _____

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO..

VERBALE RIUNIONE CONSIGLIO 26 SETTEMBRE 2023

Il giorno 26 Settembre 2023 alle ore 21 si riunisce presso la Sede dell'Ordine, a seguito di formale convocazione, il Consiglio Direttivo.

Sono presenti: Barberi, Bonomo, Brustia, D'Andrea, Degrandi, De Regibus, Dugnani, Falletta, Gatti, Gugino, Gigli, Montecucco, Pulselli e Rognoni.

Assenti giustificati: Boldorini, Crosta, Cusinato.

Presiede: D'Andrea, Segretario: Degrandi.

1. **Letture e approvazione verbale seduta precedente**
Viene letto ed approvato il verbale della seduta del 08.08.2023.

2. **Comunicazioni del Presidente**

Il Presidente riferisce che si è svolta a Novara il 20.09 u.s. una riunione della Federazione Regionale degli Ordine del Piemonte. Mancava solo il Presidente di Torino, sostituito con un collegamento online dal Tesoriere Dott. Emanuele Stramignoni.

I principali argomenti di cui si è parlato sono il 118 e la burocrazia sia in ambito ospedaliero che territoriale. Si farà un documento comune su questi due problemi da presentare poi all'Assessore in Regione. Si passa poi ad evidenziare problemi locali. La dott.ssa Pulselli solleva il problema del DEA, nei giorni scorsi un nuovo programma informatico ha creato notevoli problemi per le gestioni del Pronto Soccorso ed ai cittadini. La Direzione Sanitaria ha deciso di tornare al vecchio sistema. Si decide di fare un comunicato stampa per rendere nota questa criticità.

Il Presidente riferisce che è stata rinnovata l'adesione al progetto Biologia con curvatura biomedica presso il liceo Antonelli di Novara. Hanno aderito inoltre il liceo classico e il liceo scientifico di Borgomanero. Il Presidente propone di candidare il dott. Bonomo quale referente dei licei di Borgomanero.

Dà lettura del documento della FEDERSPEV contro i tagli sulle reversibilità delle pensioni.

3. **Variazioni Albi Professionali**

REISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI

Dott. ORONZO Paolo Novara N. 4739

ISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO

Dott. BALBI Bruno da Pavia N. 4740

Dott. PIGHINI Irlanda da Grosseto N. 4741

VARIAZIONE COGNOME ALBO MEDICI CHIRURGHI

Dott.ssa CORTES Alma Laura
(e non più CORTES CRUZ) N. 4109

NUOVA ISCRIZIONE ALBO ODONTOIATRI

Dott. BELLOSTA Camilla Briga Nov.se N. 605

CANCELLAZIONE ALBO ODONTOIATRI PER DIMISSIONI

Dott. NOBILI Cristina D.I. Novara N. 124

4. **Questioni amministrative**

Viene approvato l'aumento per l'anno 2023 del nostro addetto stampa Sig. Barlassina.

5. **Varie ed eventuali**

Viene rilasciato il patrocinio

- al Dott. Pisano per il Convegno Scientifico "Parkinson, i tre pilastri del benessere: arte, dieta e sport" organizzato in collaborazione con UPO in occasione della Giornata Nazionale del Parkinson
- per la Giornata Mondiale per il Cuore World Heart Day 2023 Roadshow Piemonte per il tuo cuore che si terrà il 29 settembre p.v.

Il Presidente dà lettura di una mail inviata dal dott. Bescapè per segnalare che molti MMG mandano direttamente i pazienti al SIMT senza prenotazioni.

Il Presidente contatterà il Dott. Bescapè.

Il 18 Ottobre si terrà il prossimo evento di Mettiamo in Ordine le idee. Occorre prendere contatti con la dott.ssa Bastioli.

In merito al problema delle ricette delle benzodiazepine inviate per whatsapp sollevato dall'Ordine dei farmacisti verrà contattato il Presidente dott. Lapidari.

Il prossimo Consiglio viene fissato per il 17.10.2023.

Alle ore 22,45 la seduta è tolta.

VERBALE RIUNIONE CONSIGLIO 17 OTTOBRE 2023

Il giorno 17 Ottobre alle ore 21 presso la sede dell'Ordine si riunisce il Consiglio Direttivo.

Sono presenti: Bonomo, Brustia, D'Andrea, Degrandi, De Regibus, Dugnani, Falletta, Gatti, Gigli, Montecucco, Pulselli e Rognoni.

Assenti giustificati: Barberi, Boldorini, Cusinato, Crosta e Gugino.

Presiede: D'Andrea, Segretario: Degrandi.

1. *Letture e approvazione verbale seduta precedente*

Viene letto ed approvato il verbale della seduta del 26.09.2023.

2. *Comunicazioni del Presidente*

Il Presidente dà lettura di una comunicazione della dott.ssa Corsi la quale segnala grave carenza di medici INAIL avvisando che tale situazione potrebbe causare disagio ai MMG.

Dà lettura di una segnalazione della dott.ssa Angelini nei confronti della cardiologa dott. Simona De Vecchi la quale ha fatto pervenire all'Ordine le proprie controdeduzioni. Segue discussione.

È pervenuto un documento dall'Associazione Territorio e Cultura ODV per un progetto di odontoiatria sociale nel contesto del SSN. Una prima fase del progetto potrebbe partire nelle scuole elementari con la presa in carico di piccoli pazienti. Si potrebbe partire dalle scuole con i quali TC ha già una collaborazione in atto, come l'IC Levi-Bottacchi del quartiere Rizzottaglia.

3. *Variazioni Albi Professionali*

NUOVE ISCRIZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI

Dott. DONATI Camilla Romentino N. 4742

CANCELLAZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER DECESSO

Dott. AGLIATA Silvano Bogogno N. 1873

CANCELLAZIONE ALBO ODONTOIATRI PER DIMISSIONI

Dott. SERGI Antonio D.I. Novara N. 269

RICONOSCIMENTO MEDICINE NON CONVENZIONALI

Dott. MORO Giulia Margherita - Agopuntura
N. 4417

4. *Questioni amministrative*

Viene approvato il preventivo della Ditta ISC con affidamento diretto per l'acquisto di un PC in sostituzione di uno ormai obsoleto per la cifra di € 836 + IVA.

5. *Pubblicità Sanitaria*

Nessuna

6. *Varie ed eventuali*

Viene ratificato il patrocinio rilasciato all'Ordine delle Ostetriche all'evento sul tema "Allattamento e lavoro: tutelare entrambi fa la differenza per le famiglie" che si terrà il 9 Ottobre p.v. presso la Sala Consiliare della Provincia di Novara.

Viene data lettura di una segnalazione di un paziente di un MMG che sta per andare in pensione che ha esposto un cartello in cui chiede 30 euro ai pazienti per ottenere la copia dei dati clinici in suo possesso. Si dovrà approfondire l'argomento.

Il Dott. Montecucco segnala un Odontoiatra dott. XY laureato in Odontoiatria in Spagna che nella sua presentazione nello studio in cui lavora si qualifica come Odontoiatra e Medico Chirurgo. Verrà convocato all'Ordine.

La dottoressa Pulselli segnala il problema della richiesta di approfondimenti radiologici senologici senza impegnativa. Il presidente propone di convocare il dott. Leigheb.

Il prossimo Consiglio viene fissato per il 7 Novembre p.v.

Alle ore 22,45 la seduta è tolta.

VERBALE RIUNIONE CONSIGLIO 7 NOVEMBRE 2023

Il giorno 7 Novembre alle ore 21 presso la sede dell'Ordine si riunisce il Consiglio Direttivo.

Sono presenti: Barberi, Bonomo, Brustia, D'Andrea, Degrandi, De Regibus, Dugnani, Gatti, Gigli, Gugino e Montecucco.

Assenti giustificati: Boldorini, Cusinato, Falletta, Pulselli, Rognoni.

Presiede: D'Andrea, Segretario: Degrandi.

1. *Letture e approvazione verbale seduta precedente*

Viene letto ed approvato il verbale della seduta del 26.09.2023.

2. *Comunicazioni del Presidente*

Il Dott. Angioni ha parlato con il Dott. Pagano per problemi di prescrizioni di visite in classe V a suo dire inappropriate.

Il Dott. Degrandi sollecita un incontro con il prof. Leigheb per i problemi burocratici e di prescrizioni dell'AZIENDA Ospedaliera di Novara. Si convocherà una riunione con la Direzione Sanitaria dell'Azienda. Il Presidente comunica di aver partecipato alla riunione sul progetto Cohort Study.

3. *Variazioni Albi Professionali*

NUOVE ISCRIZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI

Dott. ANCHIERI Simone	Domodossola	N. 4743
Dott. BIGNANTE Chiara	Bellinzago Nov.se	N. 4744
Dott. BOLOGNESE Marcello	Novara	N. 4745
Dott. DELL'ACQUA Francesco	Novara	N. 4746
Dott. LUZI Deborah	Borgomanero	N. 4747
Dott. MARZI Claudia	Pella	N. 4748
Dott. MEDINA Martino	Castelletto Sopra Ticino	N. 4749
Dott. UBERTI Giada	Novara	N. 4750

CANCELLAZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER DECESSO

Dott. CROSTA Giuseppe	Novara	N. 1193
Dott. TOSCANI Leonardo D.I.	Novara	N. 2480

CANCELLAZIONE ALBO ODONTOIATRI PER DIMISSIONI

Dott. FATTI Damiano D.I.	Novara	N. 38
--------------------------	--------	-------

CANCELLAZIONE ALBO ODONTOIATRI PER DECESSO

Dott. TOSCANI Leonardo D.I.	Novara	N. 134
-----------------------------	--------	--------

4. *Questioni amministrative*

Si valutano i preventivi per la creazione di un piccolo locale cucina per il personale che potrebbe essere utile anche in occasione dei rinfreschi. Il Consiglio ne approva la realizzazione.

5. *Pubblicità Sanitaria*

Prossimi eventi

Il 15 Novembre ci sarà la prossima serata di Mettiamo in Ordine le idee con la dott.ssa Catia Bastioli, seguirà un'ultima serata musicale con il complesso Vicks e i Vaporoub il 13 Dicembre p.v.

Il 17 Novembre si terrà un Convegno sul Diabete organizzato dal Lions club.

Il 25 Novembre si terrà un Convegno sulla malattia di Parkinson.

Il 16 Dicembre si terrà al Castello la presentazione di tre libri del dott. Giorgio Delrosso.

Il prossimo Consiglio viene fissato per il 12 Dicembre p.v.

ALBO MEDICI CHIRURGHI N. 2343	ALBO ODONTOIATRI 288 (131 D.I. + 157)	ANNOTAZIONE PSICOTERAPIA N. 89	ALBO S.T.P. N. 3	REGISTRO M.N.C. N. 43
-------------------------------------	---	--------------------------------------	---------------------	--------------------------

CONTRATTI DI FORMAZIONE MEDICO SPECIALISTICA

Decreto 7 settembre 2023 - Rideterminazione dei contratti di formazione medico specialistica finanziati con fondi statali per ciascuna tipologia di specializzazione, per l'anno accademico 2022/2023.

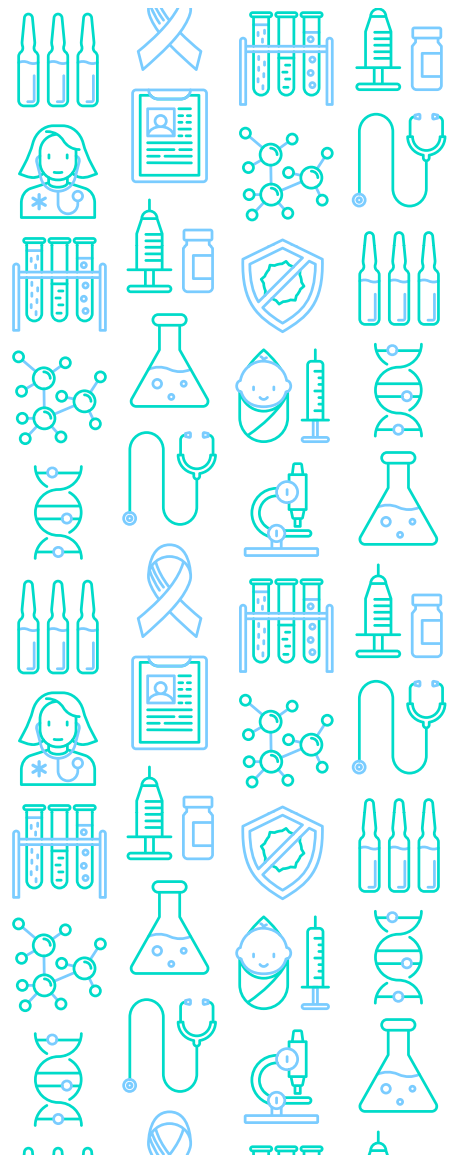
Cari Presidenti,

Si segnala per opportuna conoscenza che sulla Gazzetta Ufficiale n. 243 del 17-10-2023 è stato pubblicato il decreto indicato in oggetto con il quale il Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze ha disposto all'art.1 che: 1. **Per l'anno accademico 2022/2023, tenuto conto di quanto sancito nell'Accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 26 luglio 2023 (rep. atti n. 168/CSR), ... il numero dei contratti di formazione medica specialistica a carico dello Stato è rideterminato in 14.579 unità per il primo anno di corso ed è fissato, per ciascuna tipologia di specializzazione, secondo quanto indicato nella allegata tabella 1, parte integrante del presente decreto;** 2. Alla distribuzione dei contratti di formazione specialistica alle scuole di specializzazione degli Atenei, tenuto conto della capacità ricettiva e del volume assistenziale delle strutture sanitarie inserite nella rete formativa delle scuole medesime, provvede con successivo decreto, ai sensi dell'art. 35, comma 2, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, il Ministro dell'Università e della Ricerca, acquisito il parere del Ministro della Salute.

In conclusione, al fine di consentire un esame più approfondito della materia si allega il provvedimento indicato in oggetto.

Cordiali saluti

*Il Presidente
Dott. Filippo Anelli*



REVISIONE LISTA FARMACI IL CUI IMPIEGO È CONSIDERATO DOPING

Decreto 3 ottobre 2023 - Revisione della lista dei farmaci, delle sostanze biologicamente e farmacologicamente attive e delle pratiche mediche, il cui impiego è considerato doping.

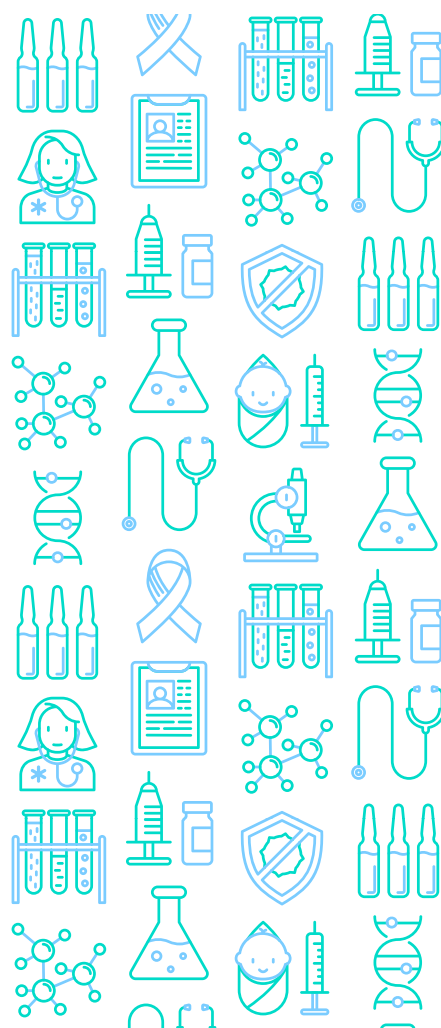
Cari Presidenti,

Si segnala per opportuna conoscenza che sulla Gazzetta Ufficiale n. 277 del 27-11-2023 - Suppl. Ordinario n. 38, è stato pubblicato il decreto indicato in oggetto con cui il Ministro della salute di concerto con il Ministro per lo Sport e i giovani ha approvato la lista delle sostanze e pratiche mediche, di cui all'allegato III, parte integrante del presente decreto, il cui impiego è considerato doping a norma dell'art. 1 della legge 14 dicembre 2000, n. 376, in adesione all'emendamento all'allegato 1 della «Convenzione internazionale contro il doping nello sport» adottata a Parigi nella XXXIII Conferenza generale UNESCO il 19 ottobre 2005, ratificata ai sensi della legge 26 novembre 2007, n. 230, contenente la nuova lista di riferimento delle sostanze e dei metodi vietati per doping, che recepisce la lista elaborata dall'Agenzia Mondiale Antidoping (WADA-AMA) in vigore dal 1° gennaio 2023 e riportata nell'allegato I, parte integrante del presente decreto. Sono approvati altresì i criteri di predisposizione e di aggiornamento della lista, di cui all'allegato II, parte integrante del presente decreto. La lista di cui all'allegato III è costituita dalle seguenti sezioni:

- a) Sezione 1: classi vietate;
- b) Sezione 2: principi attivi appartenenti alle classi vietate;
- c) Sezione 3: medicinali contenenti principi attivi vietati;
- d) Sezione 4: elenco in ordine alfabetico dei principi attivi e dei relativi medicinali;
- e) Sezione 5: pratiche e metodi vietati.

Cordiali saluti

*Il Presidente
Dott. Filippo Anelli*



UFFICIALE MEDICO NELLA MARINA MILITARE

Un'occasione unica per nuove esperienze professionali



Il medico che vuole cimentarsi in un contesto diverso da quello abituale ambulatoriale o ospedaliero, può chiedere l'inserimento nella Riserva Selezionata, un elenco di professionisti dai quali la Marina Militare trae il personale per brevi periodi in attività a terra a bordo, in operative e addestrative ed anche in missioni di soccorso umanitarie. Un'esperienza unica ed entusiasmante, che molti colleghi hanno già scelto e provato, un modo diverso per svolgere la propria professione a servizio della Nazione.

I medici, anche non in possesso di specializzazione, potranno inoltrare formale istanza, allegando il proprio curriculum (in formato "Europass") tramite posta elettronica certificata al seguente indirizzo: maripers@postacert.difesa.it

La partecipazione è riservata ai cittadini italiani di età non superiore ai 55 anni, che non abbiano già prestato servizio in altra Forza Armata, Forze di Polizia, VVFF o nel Corpo Militare della C.R.I. Dopo la domanda, superato l'iter di valutazioni curriculari e tecniche, frequenteranno uno specifico corso di formazione di breve durata presso l'Accademia Navale di Livorno, al termine del quale presteranno giuramento di fedeltà alla Repubblica Italiana.

L'ingresso nelle liste della Riserva Selezionata avviene successivamente alla nomina a **Ufficiale di Complemento**, solitamente con il grado di **Sottotenente di Vascello** o di **Tenente di Vascello**; Da quel momento potranno dare la propria disponibilità ad effettuare periodi di richiami in servizio, sia a terra che a

bordo delle Unità Navali, quale responsabile della Componente sanitaria. A titolo esemplificativo ed essenziale, il medico di bordo è una delle figure centrali dell'equipaggio della nave:

- è il consulente del Comandante per ogni aspetto di natura sanitaria;
- è di fatto il medico di famiglia dell'equipaggio quando la nave è in attività;
- si occupa di primo soccorso e di prevenzione.

Maggiori informazioni e la documentazione completa è disponibile all'indirizzo web: Riserva Selezionata - Marina Militare (www.marina.difesa.it).



NOTIZIE VARIE

NUOVA RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI ORTOPEDIA PEDIATRICA DELL'AOU

La dott.ssa Elena Panuccio è la nuova direttrice della Struttura complessa di ortopedia pediatrica dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara: dal 19 settembre 2022 ne era la facente funzione.

È la quarta dottoressa in Italia ad assumere un ruolo apicale nell'ortopedia pediatrica e fa parte del **"Women in Orthopaedics Worldwide"**, un'associazione di chirurghe e chirurghi ortopedici che hanno l'**obiettivo di ridurre il gender gap nel mondo ortopedico**, incoraggiando, sostenendo la diversità e promuovendo la crescita e realizzazione professionale delle donne in ortopedia.

Laureatasi all'Università di Perugia, vanta un'ampia esperienza professionale, in particolare al "Gaetano Pini" di Milano e all'Azienda ospedaliera "Meyer" di Firenze, dove ha svolto attività di reparto, pronto soccorso, ambulatorio, sala operatoria e reperibilità, eseguite in collaborazione con Harvard University Boston.



TUTTI INSIEME PER L'ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA DELL'AOU DI NOVARA

Un ambiente più colorato e accogliente per l'oncoematologia pediatrica (di cui è direttore la prof.ssa Ivana Rabbone) dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara. E una saletta di accoglienza rinnovata e arredata dove i piccoli pazienti possono giocare: è l'intervento frutto della collaborazione tra **Ugi Novara, l'associazione Gabry Little Hero, l'associazione Emmaland e "Ospedali dipinti"**.

L'**associazione Gabry Little Hero** ha donato infatti gli arredi della sala di accoglienza, arredi colorati e moderni, ma soprattutto funzionali e adatti alle particolari esigenze di un ambiente ospedaliero pediatrico.



L'**associazione Emmaland** si è occupata di alcuni complementi di arredo ma soprattutto ha dipinto e abbellito le pareti della sala di accoglienza, del day hospital e dei corridoi grazie allo splendido operato di **Silvio Irilli di "Ospedali Dipinti"** che ha ideato e creato il "Giardino di Emma", che con i suoi colori e la sua magia incanta i piccoli pazienti trasportandoli in un mondo gioioso e fatato che allevia la pesantezza delle lunghe giornate ospedaliere.

Afferma la prof.ssa Rabbone: «È con immensa gioia che inauguriamo i nuovi arredi della sala giochi dei bambini che afferiscono al nostro ambulatorio di oncoematologia donati dalle associazioni Emmaland e Gabri

little hero insieme al patronato di Ugi Novara. In qualità di direttore della Struttura di pediatria dell'Aou di Novara, insieme alle dottoresse Miriam Gatto e Sandra Esposito, referenti dell'ambulatorio di oncematologia pediatrica di questa struttura e che quotidianamente si occupano dei nostri piccoli eroi, ringrazio di cuore tutte le persone che ci sostengono nella nostra professione volta a curare la patologia e a migliorare la qualità di vita dei bambini e delle loro famiglie anche durante la loro permanenza in ospedale».

Per il direttore generale dell'Aou, il dott. Gianfranco Zulian, «si tratta di un intervento che ci consente di migliorare l'accoglienza dei nostri piccoli pazienti. E soprattutto conferma il fatto che da soli si può tanto, ma insieme si può molto di più».



INAUGURATO LO SPAZIO INFORMATIVO DEL PROGETTO “RESPIRO” ALL’AOU DI NOVARA



L'epilessia è tra le più frequenti malattie neurologiche coinvolgendo sia l'età infantile che adulta, si stima circa l'1% della popolazione in Italia, 40 mila persone in Piemonte. L'epilessia si manifesta in molteplici forme diverse fra di loro, per questo motivo è più corretto parlare di “epilessie” al plurale. **La persona con epilessia a Novara viene presa in carico dal Centro Epilessie dell'adulto, responsabile dott. Gionata Strigaro, della Clinica Neurologica diretta dal prof. Roberto Cantello e dal Centro Epilessie dell'età evolutiva della**

Neuropsichiatria Infantile diretta dal dott. Maurizio Viri, dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara.

Entrambi i centri, che lavorano in sinergia, sono riconosciuti e accreditati presso la Lega Italiana Contro l'Epilessia (LICE) e accompagnano la giovane persona con epilessia nella “transizione” al centro dell'adulto. **Da questa sinergia è nato il progetto RESPIRO, ovvero (Registro delle Epilessie e Spazio Informativo) per le persone con epilessia.**

Lo Spazio Informativo prevede uno spazio fisico dove la persona con epilessia, i suoi famigliari e gli educatori sono accolti per cercare di offrire delle risposte ai bisogni in ambito assistenziale, ricreativo, scolastico o lavorativo. **Lo Spazio Informativo è suddiviso su due sedi, il Centro Epilessie dell'adulto della Clinica Neurologica (pad. A, I piano) e il Centro Epilessie dell'età evolutiva della Neuropsichiatria Infantile presso la sede distaccata del San Giuliano.**

Sarà aperto nei giorni di lunedì e venerdì ore 9-12 e mercoledì ore 14-17 presso il Centro Epilessie della Clinica Neurologica, padiglione A, I piano; lunedì ore 15.30-18 presso la Neuropsichiatria Infantile nella sede distaccata di viale Piazza d'Armi.

È stato attivato un numero di cellulare dedicato 339.8194125 e una mail: respiro.epilessia@maggioreosp.novara.it.



CONGRESSO REGIONALE ANDI PIEMONTE - 21 NOVEMBRE 2023

Hotel Regina Palace Stresa

Il congresso Regionale Novara e VCO inizia con i saluti istituzionali del Presidente Andi NO e VCO Feng Xiao Zhou che ringrazia Andi Nazionale, rappresentata nella mattinata dalla segretaria nazionale Angela Rovera, il Presidente CAO Raffaele Iandolo, i rappresentanti del mondo universitario piemontese di Torino e Novara, il Presidente Andi Piemonte Virginio Bobba, Il segretario Culturale Andi Piemonte Maurizio Gugino, tutti i partecipanti presenti. La partecipazione al Congresso Regionale è stata massiccia a testimonianza del prestigio e del riconoscimento che negli anni ha assunto questa manifestazione.



Come da tradizione prende la parola il dott. Raffaele Iandolo, Presidente Nazionale CAO, per un indirizzo di saluto.

Tanti sono gli argomenti passati in rassegna a testimoniare l'impegno della CAO. Ha ricordato:

- il rapporto con il mondo accademico con cui è stato redatto il decreto relativo alla laurea abilitante e la definizione di una Commissione paritetica, di docenti universitari e professionisti di comprovata esperienza, per l'accertamento delle competenze tecnico-professionali acquisite con il tirocinio svolto nel corso di studio;

- l'impegno per il progetto 'Avvio alla professione' in collaborazione con l'Università e il Collegio docenti;
- la necessità di un nomenclatore delle prestazioni odontoiatriche, indispensabile anche per l'odontoiatria pubblica, per i terzi paganti, per l'odontoiatria forense e di un tariffario in riferimento anche alla Legge sull'equo compenso;
- l'attività complementare della radiodiagnostica che rappresenta un ausilio diretto e funzionale finalizzato alla prevenzione, cura e riabilitazione del paziente;
- la sentenza del Consiglio di Stato in merito all'autonomia dell'igienista dentale che, nell'ottica della salute del paziente, deve esercitare secondo le indicazioni dell'odontoiatra, una figura sempre presente nel corso della prestazione;
- la riforma dell'aggiornamento ECM che ha avuto nella nomina di Iandolo un segnale di attenzione e di impegno a migliorare;
- la libertà da parte del paziente di scegliere il proprio dentista, a sua volta unico responsabile della scelta della terapia;
- l'accesso senza specializzazione a concorsi pubblici e graduatorie per la specialistica ambulatoriale, la possibilità per i doppi laureati, in Medicina e in Odontoiatria, di iscriversi ai due Albi e l'estensione delle competenze di medicina estetica.

Una esposizione proposta come sempre con la consueta passione e attenzione per il mondo odontoiatrico.

Si è passato quindi alle relazioni magistrali quest'anno proposte da illustri esponenti del mondo accademico piemontese, i cui titoli accademici vengono omessi in questa pubblicazione per ragioni di stampa, ma il cui riconoscimento è noto a tutto il mondo odontoiatrico presente.



Prof. Elio Berutti

Endodonzia mini invasiva

Il concetto di "mininvasività in endodonzia" prevede l'applicazione di tutte quelle misure atte a conservare quanto più dente possibile, sia durante le fasi endodontiche, sia durante quelle successive di restauro.

L'apertura di camera pulpare è la prima fase di approccio al sistema canale e rappresenta un passaggio molto delicato per la preservazione del tessuto dentale sano.

La fase fondamentale del trattamento endodontico è sicuramente la sagomatura del sistema dei canali radicolari con rimozione meccanica e chimica del tessuto pulpare e della componente batterica in esso presente.

Non bisogna cadere nell'errore di focalizzarsi solo sulla fase di strumentazione senza avere approfondita conoscenza dell'anatomia canale. Per minimizzare la perdita di tessuto sano, sacrificato per le necessità procedurali, diventa imprescindibile puntare al concetto della mininvasività perché da un approccio più conservativo deriva la possibilità di programmare una corretta riabilitazione successiva.

Il primo accesso alla camera pulpare rappresenta un passaggio molto delicato in quanto sbagliare direzione potrebbe creare anche una perforazione indesiderata. Occorre procedere a piccoli step con una fresa a stelo lungo diamantata. La successiva fase di allargamento deve essere sufficiente a visualizzare il reperimento degli imbrocchi. Occorre poi raccordare le pareti con gli imbrocchi canalari per la strumentazione successiva e la detersione. In genere la forma è ovalare (primi premolari sup. e inf.) o trapezoidali (molari sup. e inf.).

Ottenuta una corretta cavità di accesso occorre realizzare una sagomatura tronco conica continua evitando gradini, trasporti o fratture di strumenti. Con la moderna utilizzazione di strumenti precurvati e di estrema flessibilità è stato possibile la riduzione della cavità d'accesso ed una maggiore conservazione di tessuto sano.

La mancata progettazione dell'accesso può determinare una asportazione di tessuto all'interno del canale che non rispetta l'anatomia e le curvature, provocando l'assottigliamento della parete che esita, sotto stress da carico, incrinatura o frattura verticale facilmente individuabile al sondaggio parodontale.

La sagomatura si avvale di tre passaggi: sondaggio del canale (*scouting*), il suo allargamento (*preflaring*) e la sagomatura (*glide path*).

Per lo *scouting* è necessario un K-file sufficientemente piccolo ed elastico da percorrere l'intero canale senza impegnarsi. L'allargamento del terzo coronale (*preflaring*) permette di rimuovere irregolarità o calcificazioni facilitando il passaggio degli strumenti successivi. Stabilita una lunghezza di lavoro elettronica provvisoria e un terzo coronale libero da irregolarità e interferenze si passa alla una sagomatura sicura e predicibile (*glide path*).

La sagomatura del canale deve avere tronco-conicità continua con una progressiva diminuzione del diametro del lume nel rispetto della conformazione anatomica. Le curvature devono essere preservate, così come la posizione e il diametro dell'apice, che durante la procedura deve essere sempre aperto altrimenti si formano dei gas che impediscono l'irrigazione e la corretta detersione.

Un approccio rispettoso dell'anatomia e mininvasivo nei confronti anche dei tessuti influisce sulla resistenza dell'elemento trattato. Mentre la perdita di struttura dentale, il raddrizzamento delle curvature radicolari con riduzione dello spessore dentinale aumenta il rischio di microfratture nelle pareti dentinali.

La lunghezza di lavoro è un parametro fondamentale che viene stabilito attraverso

l'utilizzo del rilevatore elettronico dell'apice e di una radiografia intraoperatoria. La tecnica più valida è quella crown-down in quanto consente di far lavorare gli strumenti in maniera progressiva all'interno dei canali, con una più abbondante irrigazione.

Oggi la strumentazione manuale ha lasciato il passo a strumenti rotanti in lega Nichel-Titanio (Ni-Ti) che si è dimostrata più idonea per la sua flessibilità ma che presenta, se usata impropriamente, un rischio di frattura o per affaticamento o per stress torsionale. Con la tecnica reciprocante invece si evita l'impegno del file, oltre i limiti di resistenza perché il movimento prevede una fase di taglio seguita subito dopo dal disimpegno dello strumento. Si può dire pertanto che l'endodonzia, basata sull'utilizzo di strumenti rotanti in Ni-Ti ha sicuramente migliorato la qualità però il fattore umano rimane sempre il primo artefice del successo.

Dott. Mario Alovisi

Rigenerazione pulpare

La rigenerazione pulpare è una tecnica endodontica utilizzata quando la polpa dentaria è distrutta per infiltrazione microbica, con formazione di biofilm nei canalicoli radicolari, nei tubuli dentinali e nella zona peri apicale. Il controllo dell'infezione nello spazio pulpare rappresenta un punto cruciale per il buon esito della rigenerazione pulpare.

Le tecniche endodontiche attuali si basano sull'abbattimento della carica microbica attraverso l'uso di procedure meccaniche di sagomatura associate alla medicazione con antimicrobici. Poiché l'infezione del sistema dei canalicoli radicolari è causata da un pool di batteri anaerobi, l'impiego di una combinazione di antibiotici risulta utile per ottenere un'efficace disinfezione.

Il protocollo attuale prevede, infatti, l'uso di un mix antibiotici a base di minociclina, ciprofloxacina e metronidazolo (3-MIX MP). Nonostante gli ottimi risultati ottenuti in campo endodontico, l'uso di questo mix determina l'insorgenza di effetti collaterali sgradevoli, come la comparsa di una colorazione scura permanente dei denti dovuta alla minociclina.

Obiettivo dello studio è stato quello di proporre e valutare un mix alternativo al 3-MIX MP, dove la minociclina è stata sostituita dalla claritromicina (TRICLARITRO). La claritromicina possiede, un'ottima attività antibatterica nei confronti della flora endodontica anaerobia e la capacità di non indurre discromia sui denti trattati. Occorre, tuttavia, effettuare ulteriori studi per confermare questo protocollo come efficace trattamento terapeutico per la disinfezione dei canali radicolari.

Prof. Mario Aimetti

La terapia nella parodontite di stadio III e IV

La parodontite è una malattia infiammatoria cronica che richiede di essere seguita per tutta la vita. Dagli studi epidemiologici

la parodontite ha una maggior incidenza attorno ai 40 anni, probabilmente come risposta del sistema immunitario alla presenza della carica batterica.

Uno studio compiuto su 800 pz, cui è stata fatta la full mouth disinfection, la parodontite aveva una incidenza del 12% per la forma severa e il 43% per quella moderata.

La parodontite è la 5ª malattia prevalente per l'uomo e a livello mondiale la parodontite severa ha una incidenza dell'11%. È quindi una malattia molto diffusa con un impatto sistemico dovuto all'immissione in circolo di tossine, citochine. Il costo sociale è molto elevato, in Italia si aggira sui 3,5 miliardi di €.

Le linee guida CPG S3 per il trattamento della parodontite Stadio III sono state sottoscritte a Segovia dai maggiori esponenti mondiali della parodontologia ed accolte dalla Federazione europea di parodontologia. In Italia, sono state adottate ufficialmente da alcuni mesi, dopo revisione e adattamento da parte della Sidp. Il loro riconoscimento da parte dell'Istituto Superiore di Sanità e la pubblicazione nel Sistema Nazionale Linee Guida ne suggella anche l'importanza giuridica,



Terapia parodontite stadio III

Fattori di rischio generali

Fattori genetici ed epigenetici

Stile di vita

Condizioni sistemiche

Fattori locali sito specifici

Profondità di sondaggio

Sanguinamento

Lesione sovra/intraossea

Coinvolgimento della forcazione

Il trattamento delle parodontiti di stadio I-III prevede un approccio graduale alla terapia, per fasi successive, ciascuna con interventi diversi.

Fase 1. La prima fase della terapia è volta al controllo dell'infiammazione con rimozione domiciliare del biofilm sopragengivale (istruzioni all'igiene orale), rimozione meccanica professionale della placca sopragengivale, del tartaro e dei fattori ritentivi per la placca. È necessario educare il paziente al cambiamento dei suoi comportamenti sfavorevoli, motivandolo a rimuovere efficacemente il biofilm dentale e a controllare i fattori di rischio (cessazione del fumo, miglioramento del controllo metabolico del diabete). La fase 1 è quindi correlata al paziente.

Fase 2. La seconda fase è volta a eliminare o ridurre significativamente il biofilm e il tartaro subgengivale, attraverso una strumentazione professionale sottogengivale, eseguita sia con strumenti meccanici che manuali. Questa seconda fase è indicata per tutti i pazienti affetti da parodontite, indipendentemente dal livello di gravità della stessa, esclusivamente nei denti con tasche parodontali. In presenza di tasche molto profonde, il primo e secondo step possono essere eseguiti contemporaneamente. La fase 2 quindi è correlata alla strumentazione parodontale.

Fase 3. Dopo le prime due fasi della terapia, è indispensabile una rivalutazione della risposta individuale del paziente. Nel caso in cui non si fossero raggiunti gli obiettivi finali della terapia (nessuna tasca più profonda di 4 mm con sanguinamento al sondaggio o nessuna tasca di profondità superiore o uguale a 6 mm), pur in presenza di un'ottima compliance del paziente, è possibile ricorrere alla chirurgia parodontale per garantire una migliore strumentazione subgengivale oppure per rigenerare

Stadio di parodontite		Stadio I	Stadio II	Stadio III	Stadio IV
Gravità	Perdita di attacco clinico al sito più grave	1-2 mm	3-4 mm	≥5 mm	
	Perdita ossea	Terzo coronale (<15%)	Terzo coronale (15-33%)	Estesa al terzo medio della radice e oltre	
	Perdita di denti per parodontite	No perdita di denti		≤4 denti persi	≥5 denti persi
Complessità		Profondità di tasca massima ≤4 mm perdita ossea orizzontale	Profondità di tasca massima ≤5 mm perdita ossea orizzontale	Oltre alla complessità di stadio II	Oltre alla complessità di stadio III
				Profondità di tasca ≥6 mm	Disfunzione masticatoria
				Perdita ossea verticale ≥3 mm	Trauma occlusale secondario
				Forcazioni Classe II-III	Collasso del morso
				Difetto di cresta moderato	Meno di 10 coppie di denti in occlusione
					Migrazione e sventagliamento
					Grave difetto di cresta

o eliminare difetti come quelli infraossei profondi o lesioni alle forcazioni. La fase 3 si avvale quindi della chirurgia parodontale.

Fase 4. Una volta ottenuto il raggiungimento degli obiettivi, il paziente viene inserito in un programma di terapia parodontale di supporto con sedute di strumentazione professionale a intervalli regolari, personalizzati in base al profilo di rischio individuale del paziente.

Questa classificazione ha una importanza rilevante in quanto nel momento in cui si fa una diagnosi lo stadio 1 e 2 sono di competenza del dentista generico e dell'igienista per quanto riguarda il controllo dei fattori di rischio e la strumentazione.

La parodontite di stadio 3 richiede già delle competenze specifiche in ambito parodontale.

La parodontite di stadio IV rappresenta la forma più grave, con più di cinque denti persi per motivi parodontali e la necessità di una riabilitazione complessa a causa della disfunzione masticatoria, mobilità dentale elevata, difetti gravi di cresta, migrazione dei denti e meno di dieci coppie di denti antagonisti in occlusione.

La complessità del trattamento richiede un approccio interdisciplinare con il coinvolgimento non soltanto del parodontologo e dell'igienista, ma anche di altri specialisti.

Il gold standard della terapia parodontale è la terapia non chirurgica che permette di migliorare in modo sensibile tutti i parametri della malattia. In alcuni casi garantisce una condizione di stabilità parodontale e di controllo assoluto della malattia. Altre volte permette solo una remissione della malattia.

Il senso di queste linee guida è che se esse vengono applicate permettono di ridurre il numero e la profondità delle tasche garantendo una prognosi più favorevole ad un numero molto elevato di denti.

Lo stadio IV rappresenta una fase avanzata della parodontite, caratterizzata da una perdita di attacco clinico interdentale (CAL) ≥ 5 mm, una perdita ossea radiografica che si estende a metà del terzo radicolare o oltre, e la perdita di più di cinque denti a causa della parodontite. Questo stadio aggiunge complessità alle sfide già presenti nello stadio III e richiede una riabilitazione complessa a causa di disfunzioni masticatorie, traumi occlusali secondari con una mobilità dentale ≥ 2 , gravi difetti di cresta come collasso, deviazione o inclinazione.

Nonostante la gravità e la complessità, la parodontite di stadio IV può essere gestita con successo attraverso una combinazione di terapia parodontale, riabilitazione adeguata delle funzioni masticatorie e miglioramento dell'estetica e della qualità della vita, insieme a una cura parodontale di supporto.

Le raccomandazioni includono misure come:

- Movimento ortodontico dei denti
- Splintaggio dei denti
- Registrazione oclusale
- Protesi dentali fisse o mobili supportate da denti o impianti
- Terapia parodontale di supporto

Prima di pianificare il trattamento, è di fondamentale importanza effettuare una diagnosi completa e impegnarsi in frequenti rivalutazioni durante e dopo il trattamento. La componente parodontale della terapia dovrebbe seguire le linee guida per il trattamento della parodontite negli stadi I-III".

Un aspetto notevole di queste nuove linee guida è l'importanza della conservazione dei denti, quando possibile, come prima strategia di trattamento. Tuttavia, questa scelta dovrebbe essere accompagnata sempre da cure parodontali di supporto prima, durante e dopo la fase di riabilitazione.





Prof. Mario Migliario

Il paziente fragile: suggerimenti operativi



La nostra è una struttura al servizio del territorio. Nella nostra realtà esistono le aziende sanitarie locali con il servizio odontoiatrico territoriale e poi esiste la struttura ospedaliera che si rivolge a quei pazienti che hanno delle problematiche: i cosiddetti pazienti vulnerabili sanitari.

Abbiamo una clinica che offre prestazioni

a tutta la popolazione, ma abbiamo categorie particolari di pazienti. Sono i pazienti a rischio a noi indirizzati dai colleghi coloro che non avendo odontoiatri di riferimento ci vengono inviati da tutti i reparti.

Per i casi poi che non sarebbero trattabili se non con adeguata assistenza, abbiamo un servizio anestesiologicalo di supporto o di sedazione.

Al reparto accedono pazienti cardiopatici, affetti da patologie oncologiche, ematologiche, diabetici scompensati, pazienti disabili, a volte con grave disabilità, obiettivamente difficili da trattare, pazienti non collaboranti, pazienti sindromici.

Così come esistono poi i pazienti fragili economici, che non hanno possibilità di accedere alle cure privatamente.

Questo universo rappresenta la nostra realtà quotidiana che affrontiamo con responsabilità ed impegno per onorare la nostra missione primaria: garantire diagnosi e cura a quelle persone affette da patologie sistemiche, pazienti vulnerabili sanitari che richiedono il trattamento in ambito ospedaliero.

Quelle cure, a dire il vero, che potrebbero essere praticate anche privatamente. Pertanto la nostra relazione ha anche lo scopo didattico di proporre i protocolli che noi utilizziamo, in modo che siano attuabili responsabilmente anche dal dentista generico, anziché gravare esclusivamente sulla nostra struttura.

I pazienti che si rivolgono alla nostra struttura hanno bisogno di terapie odontoiatriche che presentano un maggior rischio operativo per le patologie presenti. Spesso sono pazienti non collaboranti, privi di autonomia, con disabilità fisica, psichica, cognitiva, con patologie sistemiche, ematologiche, oncologiche e che sovente arrivano alle nostre terapie scompensati.

In questa quotidiana missione sono aiutato da alcuni valenti collaboratori cui lascio l'onore della presentazione.

Dr.ssa Monica Marotta, Dr. Errico Prota

I pazienti a rischio che maggiormente trattiamo sono affetti in ordine di frequenza da patologie cardiovascolari, dismetaboliche, oncologiche. Ci sono pazienti in terapia con più farmaci di cui conoscere interazioni mediante una approfondita anamnesi, occorre garantire nel corso di trattamento odontoiatrico l'aderenza terapia abituale ed essere preparati ad intervenire in caso di emergenza.

Il nostro approccio clinico si propone alle seguenti categorie di pazienti:

- cardiopatici, con patologie organiche o funzionali, categoria di rischio ASA 2 o 3, che si presentano con ipertensione, angina, infarto, stent, bypass coronarico, trapianto, aritmie, valvulopatie;
- dializzati, su cui iniziare le terapie il giorno successivo la seduta di dialisi;
- pazienti in terapia anticoagulante che non viene sospesa se è possibile il controllo diretto del sanguinamento. L'eventuale sospensione va decisa con il medico prescrittore. Gli antiaggreganti non vanno associati con Fans;
- pazienti con insufficienza respiratoria in cui l'esecuzione delle cure odontoiatriche deve avvenire in posizione eretta evitando Fans e macrolidi che interagiscono con i farmaci broncodilatatori. In caso di ipossia si utilizza Salbutamolo o Adrenalina;
- diabetici su cui bisogna stabilire il momento più opportuno dell'intervento. Se dopo terapia insulinica si attende da 1 a 3 ore, si garantisce una copertura antibiotica sistemica e in caso di crisi ipoglicemica si somministra zucchero orale se il paziente è cosciente, soluzione glucosata o glucagone se incosciente;
- epatopatici con alterazione del metabolismo dei farmaci e dell'emostasi legata alla vitamina K;
- trapiantati sottoposti a terapie immuno soppressive antirigetto per i quali occorre attendere almeno 6 mesi;

- pazienti con patologie onco-ematologiche. Nel caso di cancro orale si fa prevenzione e diagnosi precoce, mentre la gestione odontoiatrica prevede la esecuzione delle terapie necessarie prima della chirurgia e della chemio, radioterapia.

Nel caso di paziente onco-ematologico, in terapia con antitumorali, o paziente in cura con antiassorbenti per la prevenzione della osteoporosi e per le lesioni ossee secondarie. Le lesioni da osteonecrosi a carico delle ossa mascellari richiedono attenzione a tutte le manovre invasive, che possono traumatizzare l'osso e che devono essere proposte nell'intervallo fra i cicli di CT. Per i pz in RT si devono attendere almeno nove mesi dall'ultimo trattamento.

Gli effetti orali delle terapie con i farmaci precedenti possono provocare mucosite, xerostomia, iposcalia, disfagia, necrosi ossea. Quest'ultima è la peggior patologia emergente per cui prima di intraprendere una terapia antiassorbente occorre eseguire una corretta bonifica dei siti infiammati e attendere la completa riepitelizzazione dei siti post estrattivi. Il compito dell'odontoiatra quindi è preventivo prima di rilasciare il nulla osta. Il pz deve essere sensibilizzato a riferire sintomi sospetti.

Nei pazienti in terapia contro l'osteoporosi, con Denosumab semestrale o Zolendronato annuale, occorre attendere lo stesso periodo di tempo prima di qualsiasi intervento chirurgico.

- Pazienti allergici. Il 5% è allergico a uno o più farmaci per cui è fondamentale una anamnesi accurata e praticare una profilassi desensibilizzante. In presenza di anafilassi il farmaco d'elezione è l'adrenalina im.
- Paziente sindromico (Down, ritardo cognitivo o psicomotorio, deficit accrescimento) deve ricevere la stessa qualità di cure del paziente senza disabilità. Occorre un approccio modulato sulla sua capacità di collaborazione.



Premio Andi Piemonte

Il premio è stato assegnato al Prof. Elio Berutti in virtù della sua lunga militanza associativa e per essere professionista di assoluta valenza scientifica e che, in ambito endodontico, rappresenta una delle personalità più rilevanti nel panorama internazionale.



Premio Giovane Andi

È stato assegnato alla dr.ssa Elisa Colonna per la tesi "Cambiamento del microbioma lungo l'asse oro intestinale dopo terapia parodontale non chirurgica in pazienti con parodontite III e IV".

Nel prossimo numero seguiranno le relazioni sugli interventi di Carlo Ghirlanda, Francesco Pera, Nicola Scotti e Allegra Comba, Tiziano Caprara e Maria L. Trecate.

dott. Carlo Battellino



PROGRAMMA CULTURALE 2024



I SESSIONE

MARTEDÌ 30 GENNAIO

Dott. Sebastian Michael Peter TANSELLA
*INTEGRAZIONE DELLA STAMPA 3D
IN UN WORKFLOW IMPLANTOPROTESICO FULL DIGITAL*

MARTEDÌ 20 FEBBRAIO

Dott. Davide CASTRO
*LA TECNICA DI OTTURAZIONE DEL CONO SINGOLO
CON CEMENTO BIOCERAMICO: INNOVAZIONE O
EVOLUZIONE?*

MARTEDÌ 26 MARZO

Dott. Stefano LOMBARDO
IMPLANTO PROTESI NELL'ERA DIGITALE

MARTEDÌ 16 APRILE

Dott. Marco BACILIERI
*LA MODERNA PIANIFICAZIONE DELLA RIABILITAZIONE
PROTESICA: DALLA CHIRURGIA GUIDATA ALLA
REGISTRAZIONE DIGITALE DELLE DETERMINANTI
OCCLUSALI*

MARTEDÌ 14 MAGGIO

Prof. Matteo BRUCOLI
*LA PREVENZIONE DEI TUMORI DEL CAVO ORALE
IL RUOLO DELL'ODONTOIATRA*

Sede dei Corsi

PHENOMENON - S.S. 229 FONTANETO D'AGOGNA (NO) Uscita autostradale di Borgomanero

Segreteria Organizzativa

A.N.D.I. Associazione Nazionale Dentisti Italiani Sezione di Novara VCO
Via Beltrami, 2/B - 28100 Novara - Tel. 351.9866902 lun-ven 09.00-13.00 - novara@andi.it

Provider ECM

Medical Services Srl
Via F. Martinengo, 27 - 20139 Milano - info@medicalecmservices.it

Accreditamento ECM

È stata richiesta al Ministero della Salute l'assegnazione dei crediti formativi ECM (Educazione Continua in Medicina) per la categoria degli odontoiatri per massimo 100 partecipanti. Le iscrizioni verranno accettate in ordine di arrivo.

CENACOLO DEL LAGO MAGGIORE

Associazione Culturale Odontostomatologica

Programma Culturale Primo semestre 2024

Giovedì 25 gennaio

ore 19:00-22:00 Dott. A. Balocco

**RITRATTAMENTI ORTOGRADI: VECCHIE SFIDE
E NUOVE SOLUZIONI. INDICAZIONI - TECNICHE - CASI CLINICI**

Venerdì 2 febbraio

ore 19:00-22:00 Dott. V. Foti

NATURAL REGENERATION. LA TECNICA F.I.R.S.T.

Giovedì 28 marzo

ore 19:00-22:00 Dott. S. Tansella

**INTEGRAZIONE DELLA STAMPA 3D
IN UN WORKFLOW IMPLANTOPROTESICO FULL DIGITAL**

Giovedì 18 aprile

ore 19:00-22:00 Dott. A. Ermelindi

**CIANOACRILATI AD USO INTERNO.
LA SEMPLIFICAZIONE IN UNA GOCCIA**

Giovedì 23 maggio

ore 19:00-22:00 Dott. M. Rossi

**PROBLEMI ORTODONTICI E PARODONTALI:
COME AFFRONTARE LE CURE NECESSARIE**

Sabato 8 giugno

ore 8:30-12:30 Dott. D. Cavagnetto

CASI ORTODONTICI COMPLESSI

ore 12:30-14:30 *pausa pranzo*

ore 14:30-18:30 Dott. D. Cavagnetto

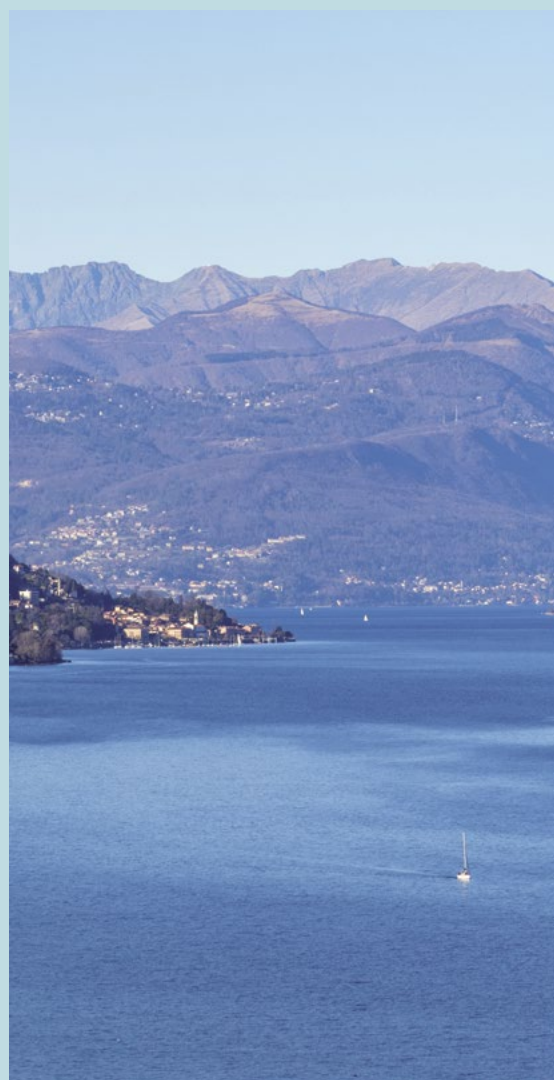
ORTODONZIA MODERNA: CASI CLINICI

Sede degli Incontri:

Vicolo De Ambrosis, 6 - 28045 Invorio (NO)

Info e adesioni: cenacolomaggiore@hotmail.it

Tel.: 349.8086021 - 0322.45753



SARAH VECCHIO NUOVO DIRETTORE DEL SERVIZIO PER LE DIPENDENZE DELL'ASL NOVARA

Dal 15 gennaio 2024 la dott.ssa Sarah Vecchio assumerà l'incarico di Direttore della Struttura Complessa Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) dell'Asl Novara.

Ha lavorato come Dirigente Medico presso il Centro Nazionale di Informazione Tossicologica degli Istituti Clinici Scientifici ICS Maugeri di Pavia, occupandosi tra l'altro di intossicazioni da sostanze legali, illegali e Nuove Sostanze Psicoattive, e svolgendo inoltre il ruolo di Referente per il Progetto VARD (Violence And date Rape Drugs) commissionato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Dal 2018 è in servizio presso il Servizio per le Dipendenze dell'Asl Biella dove ha ricoperto l'incarico di alta specializzazione di "Organizzazione e coordinamento delle attività di riduzione del danno e limitazione dei rischi per i pazienti afferenti alla S.C. Ser.D. Asl BI e attuazione di attività finalizzate alla valutazione clinica e presa in carico dei soggetti affetti da dipendenza da farmaci e "Nuove Sostanze Psicoattive" e ha gestito l'ambulatorio "Nuove Sostanze Psicoattive e dipendenze da farmaci".



CON PAGOPA SARÀ PIÙ SEMPLICE PAGARE IN ASL NOVARA

Nell'ambito del Bando PNRR l'Asl Novara ha esteso l'utilizzo della modalità di pagamento tramite la piattaforma pagoPA per permettere ai cittadini di effettuare pagamenti in modo più immediato e moderno.

Oltre che on line è possibile pagare gli avvisi pagoPA in Banca, negli Uffici Postali e in tutti gli esercenti convenzionati sul territorio (Tabaccherie, Bar, ecc... <https://www.pagoPA.gov.it/it/prestatori-servizi-di-pagamento/elenco-PSP-attivi/>).

Tramite pagoPA è ora possibile pagare:

- Ticket sanitario;
- Pagamento ALPI (attività libero-professionale intramuraria);
- Vaccinazioni non obbligatorie;
- Ticket pronto soccorso (Codici Bianchi);
- Rilascio/rinnovo patenti e porto d'armi;
- Attività collegate al Servizio Veterinario;
- Sanzioni amministrative e del lavoro;
- Controlli e ammende SpreS.A.L. (Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro);
- Diritti SIAN (Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione);
- Diritti SISP (Servizio Igiene e Sanità Pubblica).



novità in Tema DI TRATTAMENTO DELL'IPERCOLESTEROLEMIA

Evidenze crescenti in rapporto al ruolo centrale dell'ipercolesterolemia nella patogenesi e progressione della malattia aterosclerotica ha portato allo sviluppo nell'ultimo decennio di nuovi approcci terapeutici per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

Le Statine, in considerazione della loro comprovata efficacia da oltre 30 anni, restano il trattamento di prima linea nella gestione delle dislipidemie, sia in prevenzione primaria che secondaria.

Sulla base di crescenti evidenze a supporto del paradigma "the lower, the better" le Linee guida ESC/EAS sulla gestione delle dislipidemie aggiornate al 2019, raccomandano target terapeutici di C-LDL ancora più bassi rispetto alla precedente versione del 2016; in particolare nei pazienti a rischio cardiovascolare molto alto è raccomandato un valore di C-LDL < 55 mg/dl.

Poichè la terapia con Statine "alone" consente solo di rado il raggiungimento e il mantenimento dei target di C-LDL proposti dalle linee guida internazionali, negli ultimi anni abbiamo assistito allo sviluppo di nuove opzioni terapeutiche in associazione alle Statine che hanno dimostrato aver un effetto additivo in termini di riduzione dei livelli di C-LDL e di eventi cardiovascolari; in particolare facciamo riferimento all'impiego di Ezetimibe e degli anticorpi monoclonali anti PCSK9 Evolocumab e Alirocumab.

Un'ulteriore recente opzione terapeutica è rappresentata dall'Acido Bempedoico; si tratta di una piccola molecola a somministrazione orale che agisce sulla cascata enzimatica target delle Statine andando a inibire una tappa a monte rispetto a quella mediata dalla HMG-CoA reduttasi; l'Acido Bempedoico è un profarmaco che viene

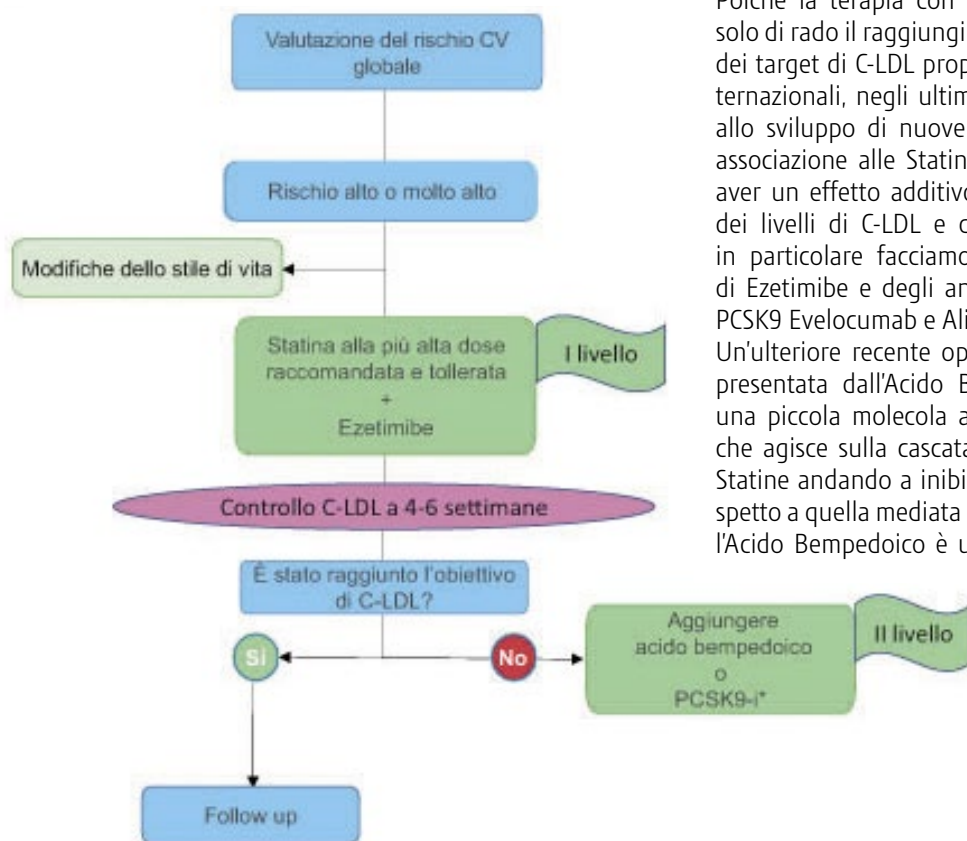


Figura 1. Algoritmo per la gestione del paziente con rischio cardiovascolare (CV) alto e molto alto. C-LDL, colesterolo legato alle lipoproteine a bassa densità; PCSK9-i, inibitori della proproteina della convertasi subtilisina/kexina di tipo 9. *Per i criteri di prescrivibilità e rimborsabilità di acido bempedoico e PCSK9-i fare riferimento alle indicazioni delle autorità regolatorie.



convertito nel metabolita attivo esclusivamente a livello epatico; a differenza delle Statine che inibiscono la sintesi di colesterolo anche a livello muscolare, l'Acido Bempedoico comporta un rischio decisamente ridotto di sintomi muscolari, causa frequente di sospensione della terapia con Statine.

Lo studio clinico CLEAR Outcomes, oltre a confermare l'efficacia dell'Acido Bempedoico in termini di riduzione dei livelli di C-LDL, ha dimostrato una riduzione di eventi avversi maggiori.

Una recente position paper dell'ANMCO (Associazione nazionale cardiologi ospedalieri) pone l'attenzione sulle principali categorie di pazienti nei quali l'impiego di acido Bempedoico rappresenta un'opzione terapeutica molto utile nella gestione del rischio cardiovascolare, in particolare alto/molto alto, associato a ipercolesterolemia; in particolare i pazienti post Sindrome coronarica acuta, gli anziani, i pazienti con diabete mellito e quelli con ipercolesterolemia familiare sono indicati come quelli che, sulla base delle raccomandazioni, maggiormente potrebbero beneficiare dell'impiego di Acido Bempedoico on top alla terapia convenzionale con Statine ed Ezetimibe; non vanno inoltre dimenticati i pazienti intolleranti alle Statine, che rappresentano circa il 10% dei pazienti in terapia con tali farmaci (**figura 1**).

In considerazione dei target terapeutici proposti dalle ultime Linee Guida ESC nella gestione dell'ipercolesterolemia e della attuale disponibilità di multiple opzioni terapeutiche, la terapia di combinazione rappresenta soprattutto nei pazienti a rischio cardiovascolare alto/molto alto, la strategia terapeutica di prima linea, fortemente raccomandata.

In conclusione il documento dell'ANMCO sottolinea che la corretta strategia terapeutica con l'obiettivo di gestire appropriatamente l'ipercolesterolemia e il rischio cardiovascolare ad essa associato, deve essere basata su tre punti fondamentali:

- la categoria di rischio CV del paziente,
- i livelli di C-LDL basali,
- i valori target di C-LDL da raggiungere tenendo conto della distanza di questi dai livelli di C-LDL basali (**tabella 1**).

Tabella 1. Categorie di rischio e criteri di prescrivibilità dell'acido bempedoico secondo le attuali indicazioni regolatorie nazionali.

Categoria di rischio	Definizione secondo la Nota 13	C-LDL target secondo la Nota 13	C-LDL target secondo le LG ESC/EAS 2019	Valore di C-LDL per la prescrivibilità
Molto alto	Pazienti con: <ul style="list-style-type: none"> • risk score $\geq 10\%$ • malattia coronarica • ictus ischemico • arteriopatia periferica • pregresso infarto • bypass aortocoronarico • diabete con uno o più fattori di rischio CV e/o marker di danno d'organo (es. microalbuminuria) • IRC severa (FG 15-29 ml/min/1.73m²) 	<70 mg/dl	<55 mg/dl	≤ 88 mg/dl
Alto	Pazienti con: <ul style="list-style-type: none"> • risk score $\geq 5\%$ e <10% per MCV fatale a 10 anni • dislipidemie familiari • ipertensione severa • diabete senza fattori di rischio CV e senza danno d'organo • IRC moderata (FG 30-59 ml/min/1.73m²) 	<100 mg/dl	<70 mg/dl	≤ 125 mg/dl
Moderato	Pazienti con risk score 4-5%	<115 mg/dl	<100 mg/dl	≤ 145 mg/dl

C-LDL, colesterolo legato alle lipoproteine a bassa densità; CV, cardiovascolare; ESC/EAS, Società Europea di Cardiologia/Società Europea dell'Arteriosclerosi; FG, filtrato glomerulare; IRC, insufficienza renale cronica; LG, linee guida; MCV, malattia cardiovascolare.

Riferimenti bibliografici

ANMCO Expert opinion: Posizionamento terapeutico dell'acido bempedoico nel trattamento dell'ipercolesterolemia
Stefania Angela Di Fusco¹ et al, G Ital Cardiol 2023;24(6):490-498

Maurizio Dugnani



EUGENIO BORGNA e LA PSICHIATRIA “GENTILE”



In una situazione storica di arretratezza dell'Italia nel campo degli studi e del trattamento delle malattie mentali, il 21 giugno 1875 veniva aperto il manicomio di Novara, superati in un tempo abbastanza breve (tanto più a paragone con i tempi d'oggi) le molteplici problematiche amministrative e finanziarie, il reperimento del luogo e infine progettazione ed esecuzione dei lavori. Una spinta decisiva

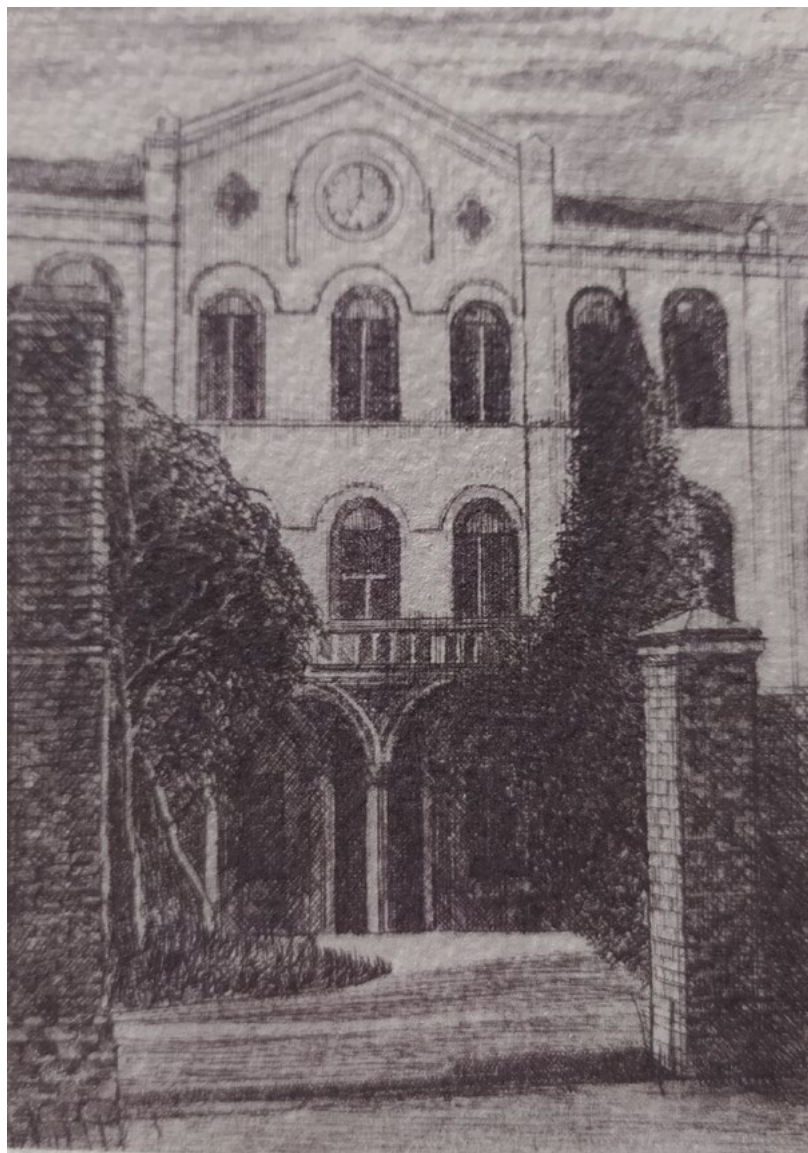
era stata data dal neo costituito Regno d'Italia, che con una legge del marzo 1865 imponeva una riorganizzazione amministrativa omogenea su tutto il territorio nazionale, con un allegato che conferiva alle Province il mantenimento dei "mentecatti poveri". Come disse il sindaco di Novara Carlo Magnani Ricotti, "questa Città, dotata di molte opere di beneficenza, manca tuttora dell'Istituto di carità forse più necessario, cioè di un ospedale dei pazzi" (1867).

Nella plurisecolare storia dell'ospedale psichiatrico di Novara il professor Eugenio Borgna, a partire dal 1963 direttore del manicomio cittadino, sezione femminile, ha lasciato un'orma fondamentale, ben oltre i confini novaresi. Tanto più il suo pensiero, ormai primario emerito, ha trovato respiro e fama anche al di fuori degli specialisti, attraverso una cospicua serie di pubblicazioni che ne fanno il maestro proclamato della cosiddetta "letteratura psichiatrica", come già i titoli delle sue opere rivelano.

Nell'ultimo libro pubblicato, Borgna ritorna sui sentieri delle emozioni,

delle ragioni del cuore, e dei sentimenti, raccogliendo per Einaudi, in un unico volume tre testi: "La nostalgia ferita" (2018), "Speranza e disperazione" (2020), "In dialogo con la solitudine" (2021), col titolo onnicomprensivo e programmatico: "Dare voce al cuore" (233 pagine, 15 euro). Nella "nuova" prefazione scritta per questo volume, la cui copertina presenta una deliziosa immagine floreale, Borgna, eleggendo le emozioni a segnavia del tempo vissuto, si richiama a Leopardi: "la ragione non è mai efficace come la passione", non ha forse scritto Pascal che "il cuore è ciò che in noi ci avvicina a Dio"? Perseverando nella "ricerca di un filo rosso di una psichiatria gentile e dialogica", dopo un'intera vita di studi e di attività clinica a livelli vertiginosi, Borgna, con la sua capacità di "ascolto", registra con scrupolo fenomenologico "il dicibile e l'indicibile, il visibile e l'invisibile, il sondabile e l'insondabile". Ha scritto Antonia Pozzi, poetessa morta suicida a ventisei anni: "l'anima ritrova la sua pace / ... incontrando / la suprema quiete del mare". E

come colui che scandaglia gli abissi marini, in un continuo mutar di luci e ombre e sussulti, così negli abissi dell'anima si agita un mondo sommerso dagli esiti imprevisi e imprevedibili. Quando si spegne la speranza, quando la nostalgia cala un velo sulle nostre giornate, quando la solitudine soffoca il respiro vitale, il nostro stesso io sembra offuscarsi fino a spegnersi, è il momento di vincere la sofferenza psichica con gli strumenti umani concessi per una possibile salvezza: dell'anima e del corpo. Con timore e tremore, avverte Borgna: "quando uno psichiatra scrive un libro, che non sia freddamente clinico, e sia alla ricerca della infinita fenomenologia delle emozioni che sono in noi", è suo compito "non scrivere mai nemmeno una parola che possa essere fonte di una qualche inattesa inquietudine", capace di ferire il lettore fragile. Tra ricordi d'infanzia, a partire dall'infausto 1943 in piena guerra, il florilegio di citazioni di grandi voci della letteratura e della filosofia, casi clinici vissuti, Borgna compone con appassionata partecipazione un mirabile retablo di palpitante umanità a più dimensioni, illustrando situazioni segnate dalla vecchiaia, la malattia, il disagio sociale, l'emarginazione, le situazioni varie della vita. Il lettore ne viene affascinato, per la carica emozionale, per la sapienza, per la capacità di "ascolto" e di dialogo "gentile". Ricordando l'ammonimento di Rilke: "è spaventoso pensare quante cose si fanno e si disfano con le parole", Borgna ci insegna a uscire dal nostro microcosmo per aprirsi a relazioni positive con gli altri e con se stessi, a tenere accesa, coltivando



una nostalgia feconda e una solitudine operosa, la fiaccola viva e vivace della speranza. E così, in certe giornate di più cocenti ferite, oscurate dal sole nero della malinconia, quando sembrano prevalere le ombre opprimenti della sconfitta, alle molteplici attese che ci sgomentano quasi senza soccorso, può offrire conforto, ci suggerisce

Borgna, dare voce al cuore per recuperare la forza liberatrice della propria e altrui umanità al fine di restituire un senso e una dignità alla vita.

Ercole Pelizzone

IL SAPORE NELLA EVOLUZIONE UMANA

Oggi la sua esaltazione è una delle cause di obesità

Nel 2006 compare sulla rivista "Nature" un interessante articolo pubblicato da un neuroscienziato di fama mondiale il prof. Gordon Sheperd della Yale University nel quale viene descritto un nuovo ramo della ricerca neurobiologica che indaga le funzioni del cervello nel dare vita e codificare i sapori: "la neurogastronomia". I sapori, non sono nel cibo, nel cibo ci sono molecole come l'acido glutammico, per esempio, responsabile del gusto "umami" (5° sapore), che stimolano alcuni recettori i quali inviano segnali al cervello. Qui in specifiche strutture, complessi processi neuronali, elaborano non solo i sapori e altri sensi, ma anche le emozioni dei ricordi, la memoria di esperienze già vissute. Un diverso assetto genetico, variabile per ciascuno di noi, ci fa percepire uno stesso sapore in modo, per esempio, fastidiosamente amaro o poco amaro o piacevolmente amaro.

Ma il vero problema è l'esaltazione, ovvero l'esasperazione del gusto indotto da mano umana per incrementare il sapore di un cibo tale da indurre addirittura dipendenza. Uno degli esempi di maggior consumo mondiale, sono le patatine fritte dispensate nei fast food. Il consumo di massa delle patate, negli Stati Uniti diventate negli anni venti e trenta molto popolari, fu dovuto ai reduci che avevano combattuto in Francia durante il primo conflitto mondiale. Dal punto di vista dello studioso neurogastronomo, la diffusa popolarità di tale consumo è legata alla esaltata stimolazione ed elaborazione cerebrale del piacere responsabile del consumo quasi compulsivo tale da essere, fra l'altro, responsabile della crescente "epidemia" mondiale di obesità, ormai senza più confini culturali. Il consumo di patatine negli Stati Uniti è così elevato da costituire il prodotto alimentare più diffuso dopo i latticini e i cereali. L'aspetto più interessante legato a tale consumo è che non dipende tanto dall'alimento in sé, quanto piuttosto dalla modalità di preparazione. Tutto ruota intorno all'intenso sapore di carne che si vuole conferire attraverso il mezzo di cottura: l'olio. Il sapore unico conferito alle patatine confezionate in una delle più note catene di fast-food, sino al 1990 era dovuto all'impiego, per la frittura, di una miscela di grasso animale per il 93% sego bovino e per il 7% di olio di cotone.

La cultura salutistica in crescita negli Stati Uniti in quegli anni,

costrinse l'industria del fast-food a cambiare indirizzo orientandosi sugli oli vegetali. Ma a questo punto occorre soddisfare ulteriormente quel sapore di carne che la precedente frittura di per sé garantiva, legata all'origine del grasso animale.

Si trattava dunque di aggiungere una bilanciata miscela di prodotti chimici organici e non, per ottenere l'identico risultato. Nasceva così la miscela di ben 19 componenti per realizzare un prodotto di frittura altamente invitante tale da creare, conferendo una consistenza in bocca, un sapore unico e accattivante.

Di questi componenti dodici sono impiegati nella frittura industriale della patata per poi essere surgelata.

Patate, olio di colza, olio di semi di soia, olio di semi di soia idrolizzato, aroma naturale di carne, grano idrolizzato, latte idrolizzato, acido citrico, dimetilpolisilossano, destrosio, pirofosfato acido di sodio, sale.

Per la cottura finale, prima di essere servite, sono impiegati, olio di colza, olio di semi di soia, olio di semi di soia idrogenato, acido citrico, Terz-Butil-Idrochinone, dimetilpolisilossano. Poiché alcuni ingredienti compaiono due volte nella preparazione, in totale distinti sono quattordici. Tutti gli ingredienti, sono appositamente studiati per conferire alle patate quel particolare invitante sapore che non si potrebbe ottenere se fossero fritte solamente in un bagno di olio di semi di arachidi o di mais o di girasole.



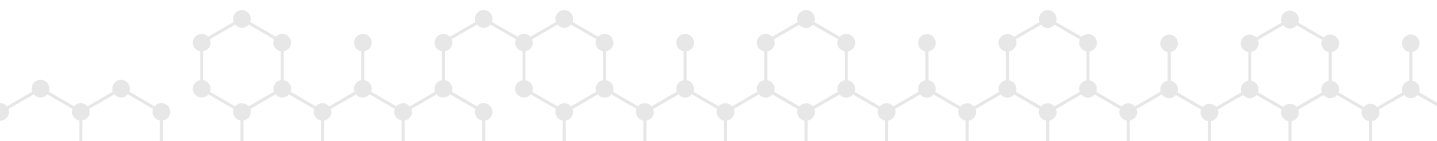
Tutti componenti assumono un ruolo preciso. La miscela di oli innalza il punto di fumo controllando la produzione di acrilamide tossica, la soia idrolizzata in corti peptidi controlla le eventuali manifestazioni allergiche a chi è intollerante alle proteine della soia. Il grano idrolizzato, proviene da farine fermentate con lattobacilli e proteasi fungine che riducono il rischio per celiaci, portando le ppm del glutine da 80.927 per la farina normale a 2,48 ppm nella farina fermentata (il contenuto di glutine per celiaci deve essere inferiore a 20 ppm). L'aroma naturale di carne, è prodotto dalla reazione di Maillard, dal noto chimico francese Louis Camille Maillard (1878-1936) il quale nel 1912 studiò le reazioni degli aminoacidi in presenza di zuccheri con trattamento termico. La molecola prodotta si chiama bis (2 metil-3-furil)-disolfuro, oggi molecola sintetica, impiegata come additivo in molte preparazioni alimentari per ottenere quel sapore di carne che si vuole conferire ad un alimento.

Il dimetilpolisilossano, conosciuto in medicina come simeticone, viene impiegato per ridurre il fenomeno della aerofagia e del meteorismo intestinale, mentre nel bagno di frittura protegge dalle alte temperature.

Il Ter-Butil-Iidrochinone è un additivo (E319), viene impiegato nell'industria alimentare come conservante e stabilizzante dei grassi vegetali e animali, mantenendo il colore e l'aspetto delle

patatine fritte ma anche di crackers e salati. Il destrosio, ovvero glucosio, insieme al sale esalta la percezione del sapore, oltre a conferire il tipico colore dorato. In Europa una regolamentazione più rigida nel settore alimentare limita a soli sette gli ingredienti impiegati per la preparazione delle patatine fritte del fast-food. All'olio di colza non idrogenato e di semi di girasole, si aggiungono il dimetilpolisilossano (antischiama), difosfato disodico, destrosio per mantenerle dorate e sale, non compare il sapore di manzo e il glutine.

Una porzione di patatine, quando è consumata da sola, ma ciò difficilmente accade, apporta poco meno di 400 Kcal. Abituamente la patatina è accompagnata da un panino, normalmente un cheeseburger che ovviamente aggiunge un'altra ventata di sapore. La polpetta di carne fritta, produce la nota reazione di Maillard, che combinando zuccheri e proteine,



caramella la superficie della carne esaltandone l'appetibilità per la volatilità degli aromi percepiti per via oronasale e una volta in bocca amplificandoli per via olfattiva retronasale. Al piacere della masticabilità della carne si sommano le sollecitazioni delle sostanze volatili sprigionate dal formaggio. La croccantezza delle patatine completa il carico sensoriale gustativo-tattile orale del panino con l'aggravio di ulteriori 500 e oltre Kcal. L'aggiunta di un dolce con una bevanda al latte, apporta un ulteriore 300-350 Kcal, senza aggiungere il costo di una bevanda zuccherata gasata che accompagna il consumo del panino. Ad incrementare ulteriormente la seduzione gustativa del pasto, non si nega alle patatine l'immersione nel ketchup, che oltre all'ovvio concentrato di pomodoro contiene cipolla in polvere, sale, spezie varie, aceto distillato, sciroppo di mais, ricco di fruttosio e aromi naturali. Altra sollecitazione gustativa può presentarsi in alternativa, ma più facilmente in aggiunta al ketchup, la Senape di Digione, costituita dai semi di senape, aceto, vino bianco acido lattico, sale, aromi naturali. Il carico calorico di tale pasto è notevole oltre le 1200 Kcal tale da superare da solo oltre la metà di un fabbisogno calorico medio giornaliero. Consumi alimentari sopra citati o altri ancora dello stesso tenore, reiterati nel tempo, sono forieri di indurre resistenza insulare, sindrome metabolica con relativa obesità, ipertensione per eccesso di sale (sodio cloruro).

La reale preoccupazione è dovuta al fatto che, quella descritta, è ormai abituale consumo delle giovani generazioni, proprio per la forte dipendenza e sollecitazione delle aree cerebrali che sono attivate dai piacevoli odori del cibo (corteccia orbitofrontale, insula, amigdala, giro paraippocampale) e dalla bramosia del cibo descritto a cui è difficile sottrarsi (ippocampo sinistro, insula sinistra, nucleo caudato destro). L'ippocampo, è la zona del cervello coinvolta nella dipendenza da cocaina sulla traccia di esperienza della memoria rievocativa, come anche la brama di "quel cibo" conosciuto con l'esperienza gustativa, spinge in termini psicologici al rinforzo della dipendenza e al desiderio della reiterazione dell'esperienza vissuta. Il nucleo caudato, sede della coordinazione sensomotoria del cervello, contiene una alta concentrazione di dopamina, coinvolta nei "cravings" alimentari, considerati alla stessa stregua delle abitudini "dure a morire". Essendo ancora la dopamina coinvolta nel sistema della ricompensa nella corteccia orbitofrontale, alcuni studiosi hanno documentato il coinvolgimento di particolari aree cerebrali stimulate da cibi e sostanze bramate, attraverso l'impiego di tecniche di imaging cerebrale. Il desiderio provato nei riguardi dei cibi che piacciono, che non sono uno strappo alla regola, ma diventano consuetudine, può attivare gli stessi circuiti cerebrali della dipendenza da sostanze comprese le "droghe sociali" come alcol e tabacco, o quelle illegali come la cocaina.

Le aree cerebrali attivate dalle sostanze stupefacenti sono infatti: la corteccia orbitofrontale, l'insula, il nucleo caudato, l'ippocampo, l'amigdala e il cingolo anteriore, alcune delle quali sono sollecitate proprio dagli odori piacevoli, dalla bramosia di un cibo o bevanda.

Ma esiste un modo di alimentarsi senza indurre dipendenza e senza innalzare le citochine infiammatorie pur mantenendo la piacevolezza del pasto? Sarebbe sufficiente sostituire le patatine, eliminando grassi trans e acrilamide, con una insalata mista di pomodori, lattuga, carote, cetrioli e altro ancora.

L'apporto di vegetali con olio Evo, e fibra, porta equilibrio nel pasto con antiossidanti naturali.

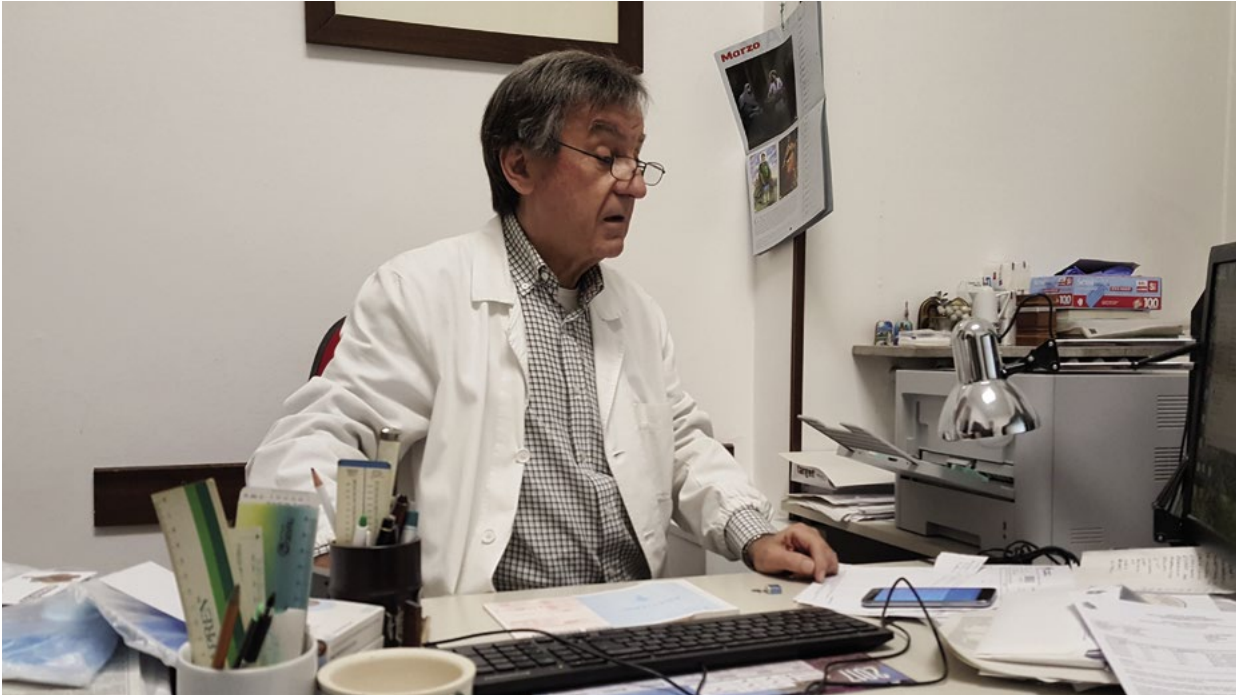
In chiusura una macedonia di frutta di stagione, apporterebbe un giusto equilibrio di fruttosio naturale, apporto di vitamina C, con equilibrata idratazione, contrastando l'eccesso di sodio. Il costo calorico totale escluso il panino, sarebbe di poco superiore alle 200 Kcal, contro le 700-800 delle patate e dessert, con un saldo negativo di ben 500 Kcal, con molteplici benefici: controllo del peso e obesità. Un pasto con basso grado di infiammazione, una piacevole freschezza con variabilità degli ingredienti stagionali, una corretta abitudine nutrizionale per le giovani generazioni che non produce dipendenza, ma consapevolezza per una sana e lunga durata della vita.

*Dott. Flavio Dusio
Medico Chirurgo*

*Spec. in Igiene e Medicina Preventiva
Spec. in Scienza della Alimentazione
e Dietologia*

Accademico della Cucina Italiana - Novara

IL DOTTOR GIUSEPPE CROSTA CI HA LASCIATO



Ho conosciuto Giuseppe circa quarant'anni fa. Lavoravo presso la struttura pubblica quando ho avuto la Convenzione con la Medicina Generale. Allora le due attività erano compatibili ed io non ho esitato ad accettare la sua proposta di collaborazione. La sua fama lo aveva preceduto. Un medico attento, preparato, empatico, disponibile. Una figura di riferimento per tutti i medici. Il mio mentore. Non c'erano i telefonini, non c'era internet, non c'erano i social. Il Medico di Famiglia aveva una capillarizzazione sul territorio che è ormai sparita. Giuseppe ha sempre esercitato questa professione, come si dice, con "scienza e coscienza" ed io aggiungo con buonsenso. Ha sempre avuto un rapporto eccezionale con i suoi pazienti: effettuava la visita domiciliare anche quando non c'era una vera urgenza ma poteva servire a dare conforto. L'ambulatorio finiva anche alle 22.00, ma il "ritorno" c'era: più conosceva il paziente e meglio lo poteva curare. Abbiamo curato centinaia e centinaia di anziani presso la Casa di Riposo - RSA, Divina Provvidenza e lui è andato avanti anche quando ha lasciato la Convenzione per limiti di età. Il suo spirito umanitario è continuato nonostante la malattia: mi diceva sempre che quella era la sua vita e sarebbe andato avanti finché ne avesse avuto la forza. E così è stato. Abbiamo

condiviso le lotte con il Sindacato (SNA-MI) e ci siamo divisi i compiti presso Ordine dei Medici e Struttura Pubblica. La sua presenza si è fatta sempre sentire per cultura e passione. Abbiamo condiviso anche tanti momenti ludici dove si è sempre mostrata persona brillante. Lunedì 23 ottobre ero con lui e la sua famiglia e fino all'ultimo ha affrontato tutto senza un lamento. La sua Fede sicuramente ha lenito la sofferenza che provava.

Caro collega, caro amico, caro Giuseppe con te se ne va un pezzo assai importante della mia vita, della nostra vita. Il mio auspicio è che il tuo esempio sia preso a modello tanto come medico quanto come persona.

Un caro saluto

Tommaso Mafri

