

# novara medica

BOLLETTINO  
TRIMESTRALE

anno XXXVI  
numero 1  
gennaio  
2025

*In evidenza:*

*Novara Odontoiatrica N. 1-2025 | pag. 19*



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](http://www.ordinemedicinovara.com)  
facebook: **OMCeO Novara**



# La leggerezza è nella nostra natura.



ANNIVERSARY

	residuo fisso in mg/l	sodio in mg/l	durezza in °f
<b>Lauretana</b>	<b>14,4</b>	<b>0,9</b>	<b>0,4</b>
Monte Rosa	16,1	1,2	0,64
Vigizzo	33	2,3	1,2
S. Bernardo	34,1	0,8	2,5
Acqua Eva	45	0,3	4,2
Levissima	80	2,1	5,7
Acqua Panna	141	6,6	10,7
Fiuggi	142	7,3	8
Smeraldina	157	29	N.D.
Vera Fonte In Bosco	162	2,0	N.D.
Rocchetta	181	3,87	N.D.
San Benedetto Primavera	313	4,1	N.D.
Evian	345	6,5	N.D.
Vitasnella	418	3,7	N.D.



# LAURETANA®

**L'acqua più leggera d'Europa**

*consigliata a chi si vuole bene*

Il residuo fisso, il sodio e la durezza di alcune note acque oligominerali (residuo fisso <500 mg/l) commercializzate nel territorio nazionale.

Segui la leggerezza    [www.lauretana.com](http://www.lauretana.com)

In copertina: vista invernale della cupola di San Gaudenzio ©  
Adobe Stock

# SOMMARIO

● <b>L'Ordine al lavoro</b>	
Convocazione Assemblea Annuale .....	4
Composizione Organi Istituzionali 2025-2028 .....	5
Dal Consiglio del Direttivo .....	6
● <b>News da...</b>	
Notizie varie .....	9
FNOMCeO .....	13
Una app per la prevenzione primaria .....	15
Graduatorie MMG .....	17
Graduatorie medici specialisti ambulatoriali .....	18
● <b>Novara Odontoiatrica N. 1-2025</b>	
35° Congresso Provinciale ANDI Novara e VCO .....	19
● <b>Medicina in pillole</b>	
Disturbi dell'equilibrio e vertigini .....	30
● <b>Lavagna</b>	
La longevità delle "blue zone" .....	32
Ricordo della Dott.ssa Pessino .....	34
Ricordo del Dott. Borgna .....	35
● <b>Sostituzioni</b> .....	37

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:* Daniele Angioni,  
Pier Giorgio Barberi, Francesco Bonomo,  
Maddalena Brustia,  
Mauro Casella (Cons. Odont.),  
Maurizio Dugnani,  
Lina Falletta, Cristina Gigli,  
Maurizio Antonio Gugino (Cons. Odont.),  
Mario Migliario, Giulia Pulselli,  
Andrea Rognoni, Andrea Toso.

COMMISSIONE ODONTOIATRICA  
*Presidente:* Michele Montecucco  
*Vice Presidente:* Maurizio Antonio Gugino  
*Componenti:* Mauro Casella,  
Marco Deriu, Maurizio Marinone.

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI  
*Presidente:* Mauro Nicola  
*Effettivi:* Emanuele Farina,  
Federico Maggi  
*Supplente:* Matteo Ratti

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-DIRETTORE  
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 25 Febbraio ed in seconda convocazione:

**Martedì 25 Febbraio 2025 ALLE ORE 21**

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

## ORDINE DEL GIORNO

1. Lettura verbale Assemblea del 20.02.2024;
2. Commemorazione degli iscritti defunti nel 2024;
3. Premiazione con medaglia degli iscritti laureati nel 1974;
4. Lettura Giuramento;
5. Relazione del Presidente;
6. Relazione del Tesoriere;
7. Relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti;
8. Approvazione bilanci consuntivo 2024 e preventivo 2025;
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 25 FEBBRAIO 2025

Il Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

DELEGA

Il Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a rappresentarlo/a all'Assemblea Ordinaria del 25 Febbraio 2025.

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

# COMPOSIZIONE ORGANI ISTITUZIONALI 2025-2028

A seguito delle elezioni per il rinnovo degli organi direttivi svoltesi in seconda convocazione nei giorni 9, 10 e 11 Novembre 2024 e della riunione per la distribuzione delle cariche tenutasi in data 14 Novembre 2024, si comunica di seguito la composizione degli Organi Istituzionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Novara eletti per il quadriennio 2025-2028.

## PER IL CONSIGLIO DIRETTIVO

Dott.	Federico	D'ANDREA	Presidente
Dott.	Lucio	GATTI	Vice Presidente
Dott.	Marco	DEGRANDI	Segretario
Dott.	Gianluca	DE REGIBUS	Tesoriere
Dott.	Daniele	ANGIONI	Consigliere
Dott.	Pier Giorgio	BARBERI	Consigliere
Dott.	Francesco	BONOMO	Consigliere
Dott.ssa	Maddalena	BRUSTIA	Consigliere
Dott.	Mauro	CASELLA	Consigliere Odontoiatra
Dott.	Maurizio	DUGNANI	Consigliere
Dott.ssa	Lina	FALLETTA	Consigliere
Dott.ssa	Cristina	GIGLI	Consigliere
Dott.	Maurizio Antonio	GUGINO	Consigliere Odontoiatra
Prof. Dott.	Mario	MIGLIARIO	Consigliere
Dott.ssa	Giulia	PULSELLI	Consigliere
Dott.	Andrea	ROGNONI	Consigliere
Dott.	Andrea	TOSO	Consigliere

## PER LA COMMISSIONE ODONTOIATRI

Dott.	Michele	MONTECUCCO	Presidente
Dott.	Maurizio Antonio	GUGINO	Vice Presidente
Dott.	Mauro	CASELLA	Componente
Dott.	Marco	DERIU	Componente
Dott.	Maurizio	MARINONE	Componente

## PER IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Dott.	Mauro	NICOLA	Presidente
Dott.	Emanuele	FARINA	Effettivo
Dott.	Federico	MAGGI	Effettivo
Dott.	Matteo	RATTI	Supplente

# DAL CONSIGLIO DIRETTIVO...

## VERBALE RIUNIONE CONSIGLIO 17 SETTEMBRE 2024

Il 17 Settembre 2024 alle ore 21 presso la Sede dell'Ordine si riunisce a seguito di formale convocazione il Consiglio Direttivo.

Sono Presenti: Barberi, Bonomo, Brustia, D'Andrea, Degrandi, De Regibus, Dugnani, Falletta, Gatti, Gigli, Montecucco, Pulselli, Rognoni e il revisore Angioni.

Assenti giustificati: Boldorini, Cusinato e Gugino.

Presiede D'Andrea, Segretario Degrandi.

### 1. *Letture e approvazione verbale seduta precedente*

Viene letto ed approvato il verbale della seduta del 23.07.2024

### 2. *Elezioni organi direttivi quadriennio 2025/2028*

Vengono confermate le date delle prossime elezioni in prima convocazione nei giorni 13 e 14 Ottobre p.v. ed in seconda convocazione nei giorni 9 - 10 - 11 Novembre dalle ore 10 alle ore 18.

Viene proposta la lista dei candidati dal Presidente. Dopo discussione la lista viene approvata.

### 3. *Comunicazioni del Presidente*

- Mettiamo in Ordine le idee. Il dott. Bonomo propone per l'anno prossimo di organizzare i prossimi incontri verso le ore 18,00 anziché dopocena. Si potrebbero alternare incontri culturali e di attualità a interventi su temi sanitari ad eventuali serate musicali.

### 4. *Variazioni Albi Professionali*

#### ISCRIZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO

Dott. GIAMPIETRI Francesca da Milano N. 4798  
Dott. VOLTA Vittoria da Bologna N. 4799

#### CANCELLAZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO

Dott. DE ANGELIS Riccardo a Biella N. 3435  
Dott. SMERIGLIA Aurora a Roma N. 4307

#### CANCELLAZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI PER DIMISSIONI

Dott. MANFREDINI Umberto Gozzano N. 2858

#### CANCELLAZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI PER DECESSO

Dott. GATTI Maria Antonietta Trecate N. 1438

#### NUOVE ISCRIZIONI ALBO ODONTOIATRI

Dott. ELTAZI Amr Abdelaleem Mohamed Eltayeb  
dom. prof. Novara N. 608  
Dott. RRONJA Emiljo Oleggio N. 609

#### CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI PER DIMISSIONI

Dott. GLYKOS Georgios D.I. Torino N. 587

#### RICONOSCIMENTO MEDICINE NON CONVENZIONALI

Dott. BARBIERI Consuelo Agopuntura N. 3094

### 5. *Questioni amministrative*

Viene deliberato l'avviso di manifestazione di interesse per reperire il Revisore legale per il prossimo quadriennio 2025-2028. Verrà pubblicato l'Avviso sul sito dell'Ordine (vedi delibera N. 34/2024).

### 6. *Varie ed eventuali*

È pervenuta all'Ordine una segnalazione nei confronti della dott.ssa XY, che è già stata convocata dal Presidente. Si decide di archiviare la pratica.

Viene rilasciato il patrocinio al Corso sul tema "Le patologie del Ginocchio dal MMG alla Fisioterapia ed alla sala operatoria" che si terrà il 12 Ottobre p.v. e al Congresso Aging in progress: dalla ricerca di base all'applicazione sul territorio" che si terrà nei giorni 3 - 4 e 5 Ottobre pp.vv.

Alle ore 23 la seduta è tolta.

## VERBALE RIUNIONE CONSIGLIO 14 NOVEMBRE 2024

Il 14 Novembre 2024 alle ore 21,30 presso la Sede dell'Ordine si riunisce a seguito di formale convocazione il Consiglio Direttivo.

Sono Presenti: Barberi, Bonomo, Brustia, D'Andrea, Degrandi, De Regibus, Dugnani, Falletta, Gatti, Gigli, Gugino, Pulselli e il revisore Angioni.

Assenti giustificati: Boldorini, Cusinato, Montecucco, Rognoni.

Presiede D'Andrea, Segretario Degrandi.

### 1. *Lettura e approvazione verbale seduta precedente*

Viene letto ed approvato il verbale della seduta del 17.09.2024.

### 2. *Comunicazioni del Presidente*

- Viene consegnata copia del verbale della riunione del 5 u.s. in merito all'organizzazione degli eventi Mettiamo in Ordine le idee.
- Viene ripresa in esame la possibilità di cambiare la piattaforma Dynamed con Fondazione 3BI. Dopo discussione viene deciso di soprassedere.

### 3. *Variazioni Albi Professionali*

#### NUOVE ISCRIZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI

Dott. AGUIRRE ENCARNACION Jorge Alberto	Novara	N. 4800
Dott. BICELLI Matteo	Novara	N. 4802
Dott. DI SANTE Giulia	Novara	N. 4803
Dott. FRONTE Giorgia Maria	Novara	N. 4804
Dott. TCHATAT Roland Duvend	Novara	N. 4807

#### ISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO

Dott. ALBAMONTE Francesca Mariapia	da Torino	N. 4801
Dott. IGNOTI Emanuele	da Siracusa	N. 4805
Dott. SANI Roberto	da Biella	N. 4806
Dott. VALENTINI Stefano	da Milano	N. 4808

#### CANCELLAZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO

Dott. FORTINA VALERIA	a Pavia	N. 4457
-----------------------	---------	---------

#### CANCELLAZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI PER DIMISSIONI

Dott. CORRA' Ugo	Borgomanero	N. 2556
Dott. GIORDANO Carla	Novara	N. 1208
Dott. MALINVERNI Alberto	SPAGNA	N. 1162
Dott. MEDA Angelica	Trecate	N. 2168
Dott. ROSSITTO Corrado	Novara	N. 3277
Dott. VACCHINI Maria	Santo Stefano al Mare (IM)	N. 1481
Dott. VOLTA Carla	SPAGNA	N.1333

#### CANCELLAZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI PER DECESSO

Dott. D'AULERIO Daniele	Novara	N. 3763
Dott. PESSINO Paola	Novara	N. 2966
Dott. SPANNA Giandomenico	Cernusco sul Naviglio (MI)	N. 1118

#### ISCRIZIONE ALBO ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO

Dott. PASTORE Luca	da Vercelli	N. 610
--------------------	-------------	--------

#### CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI PER DIMISSIONI

Dott. RANZINI Paolo D.I.	Vespolate	N. 467
Dott. RISICO Paolo Maria D.I.	Novara	N. 069

#### RICONOSCIMENTO MEDICINE NON CONVENZIONALI

Dott. BLANDO Cristiana	Agopuntura	N. 3690
Dott. BROGGIO Francesca	Agopuntura	N. 3962

### 4. *Questioni amministrative*

Viene deliberata la determina presidenziale per l'adesione all'accordo per la creazione di una piattaforma digitale nazionale dati (vedi delibera N. 43/2024)

### 5. *Nomina Presidente Revisore dei Conti*

Vengono esaminate le 4 domande pervenute. Si decide di nominare il Dott. Mauro Nicola. (Vedi delibera N. 44/2024)

### 6. *Pubblicità Sanitaria*

Si approva la dizione da inserire sulle pubblicità sanitarie della dott.ssa NICOLA Laura di Omotossicologia e Omeopatia come inserito nel registro MNC.

### 7. *Varie ed eventuali*

Viene ratificato il patrocinio rilasciato al Dott. Romito per la Camminata della città contro il tumore del pancreas che si terrà il 24.11 p.v. e al dott. Biolcati per la 23° Edizione delle Giornate Geriatriche



Novaresi: "Smarri(mente): viaggio tra normalità, fragilità e complessità del declino cognitivo" che si terrà il 22 e 23 Novembre pp.vv. al Broletto.

È pervenuta dall'ENAIP una richiesta per nominare un Odontoiatra per una Commissione d'Esame. Verrà individuato un odontoiatra disponibile.

Il presidente riferisce di aver fatto due audizioni.

- Dott. XY per ricette non ripetibili inviate via mail o whatsapp, segnalato dalla Farmacia. Il Dottore assicura di non farlo più.

I colleghi segnalano casi di Farmacie che consegnano farmaci senza ricetta. Si invitano i colleghi a segnalare all'Ordine eventuali casi di questo genere.

- Dott.ssa ZK è stata segnalata dalla figlia di un paziente anziano per comportamento scorretto durante le cure di suo padre. La dottoressa ha spiegato le motivazioni del suo comportamento.

Si decide di archiviare il caso e si risponderà alla figlia.

Il prossimo Consiglio viene fissato per il 3 dicembre p.v.

Alle ore 23 la seduta è tolta.



## VERBALE RIUNIONE CONSIGLIO 03 DICEMBRE 2024

Il giorno 3 Dicembre 2024 alle ore 20 si riunisce a seguito di formale convocazione, il Consiglio Direttivo.

Sono Presenti: Barberi, Bonomo, D'Andrea, Degrandi, Dugnani, Gatti, Gigli, Gugino, Montecucco, Pulselli e il revisore Invernizzi.

Assenti giustificati: Boldorini, Brustia, Cusinato, De Regibus, Falletta e Rognoni.

Presiede D'Andrea, Segretario Degrandi.

### 1. Comunicazioni del Presidente

- Viene fatto cenno a due recenti Mozioni della FNOMCEO rispettivamente sulle cure ai migranti e sullo scudo penale per i Medici nel quale viene chiesta una proroga del termine del 31.12.2024. Interviene sull'argomento l'Avvocato Calderera il quale ribadisce che sarà una scelta politica della quale ancora non si hanno notizie.
- Viene anche sottoposto al Consiglio il comunicato inviato dal dott. Calgaro su una App salute per l'eventuale pubblicazione su Novara Medica. Segue discussione, deciderà il Comitato di Redazione del Bollettino.

### 2. Variazioni Albi Professionali

#### NUOVE ISCRIZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI

Dott. DELROSSO Chiara Aurora Novara N. 4809

#### CANCELLAZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI PER DECESSO

Dott. AUTERI Giacomo	Novara	N. 874
Dott. DEL FORNO Marco	Paruzzaro	N. 2505
Dott. TINIVELLA Ernesto Natale	Novara	N. 1109

#### RICONOSCIMENTO MEDICINE NON CONVENZIONALI

Dott. BELOTTI Patrizia Omotossicologia N. 3316

### 3. Varie ed eventuali

Viene rilasciato il patrocinio all'Evento/Spettacolo "Lo spettacolo del Benessere: mente, cuore e salute insieme che si terrà al teatro Faraggiana il 1° febbraio p.v.

Il prossimo Consiglio viene fissato il 28 Gennaio 2025 e l'Assemblea Annuale il 25 Febbraio 2025.

ALBO MEDICI CHIRURGHI N. 2362	ALBO ODONTOIATRI 286 (123 D.I. + 163)	ANNOTAZIONE PSICOTERAPIA N. 89	ALBO S.T.P. N. 4	REGISTRO M.N.C. N. 47
----------------------------------	--	-----------------------------------	---------------------	--------------------------



# NOTIZIE VARIE

## L'HOSPICE DELL'AOU DI NOVARA RADDOPPIA I POSTI LETTO

L'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara è, da decenni, impegnata in prima linea nello sviluppo delle cure palliative. Il Servizio di Cure Palliative, diretto dalla dott.ssa Elvira Catania, offre assistenza in contesto ambulatoriale e di assistenza diurna, presso i reparti di degenza ordinaria dell'Azienda ed in contesto residenziale, presso l'Hospice nella sede di Galliate.

A seguito dell'aumento dei posti letto in hospice disposto dalla Regione Piemonte, l'Aou ha avviato un percorso per cogliere l'opportunità di ampliamento della struttura dai 10 posti attuali a 20.

In prima linea nella realizzazione del progetto anche l'Associazione Idealinsieme odv-ets, con la presidente Margherita Zanetta, a rimarcare ancora una volta la generosa sensibilità del territorio verso il delicato tema delle cure palliative.



Il nuovo Hospice sarà localizzato nella sede di Galliate in un'area differente da quella attuale. Il cantiere è attivo e il progetto prevede la realizzazione di una struttura adeguata per rispondere alle necessità dei pazienti e dei famigliari, anche attraverso un lavoro di progettazione degli spazi mirato a valorizzarne il senso in ottica di cura.

L'ingresso al nuovo Hospice sarà centrale al reparto, e permetterà di poter raggiungere i 4 settori di degenza. Il corpo centrale ospiterà anche gli spazi sanitari (medici ed infermieristici) necessari allo svolgimento delle attività. L'ubicazione a piano rialzato permetterà di fruire agevolmente anche degli spazi esterni, ai quali si potrà accedere sia dall'ingresso principale, sia dal camminamento posteriore: le grandi vetrate delle stanze, permetteranno di godere di luce esterna naturale e della vista sul cortile e sulla viabilità del presidio ospedaliero.

«L'aumento dei posti letto - afferma la dott.ssa Catania - consentirà inoltre di affrontare in modo più efficace il tema delle cure palliative non oncologiche, che rappresenta una delle sfide che si imporranno nel prossimo futuro».

## NUOVI DAY HOSPITAL E AMBULATORI PER LA NEUROLOGIA DELL'AOU Ha trovato posto anche il Centro Regionale Esperto Sla

La crescita progressiva negli anni dell'attività diagnostica, terapeutica e di ricerca clinica sulle Malattie Neurodegenerative e sulla Sclerosi Multipla della **Struttura di Neurologia (diretta dalla prof.ssa Letizia Mazzini) dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara** ha reso necessario ristrutturare ed espandere la sede del Day Hospital e degli ambulatori, che sono ora ubicati al Pad G primo piano.

Ha così trovato una sede adeguata anche il Centro Regionale Esperto Sla riconosciuto come Centro di Riferimento Europeo che prende in carico pazienti provenienti da tutte le regioni italiane.



«È importante rimarcare il costante supporto delle associazioni in particolare Ursula-Novara che in questi anni ci ha costantemente sostenuti, le fondazioni bancarie in particolare la Fondazione Bpn, la Fondazione Comunità del Novarese, i club novaresi in particolare il Rotary Novara e il Lyons Host» afferma la prof.ssa Mazzini.

«Si è trattato di un intervento significativo – dichiara il direttore generale dell'Aou, il dott. Gianfranco Zulian – che conferma l'attenzione dell'azienda a pazienti con problematiche così importanti come quelli che fanno riferimento alla neurologia e al Centro Regionale Esperto Sla, in modo da rendere ancora più efficace la presa in carico di utenti provenienti da tutta Italia».

L'attuale Day Hospital è costituito da una sala di accoglienza per i pazienti, una sala per le terapie, una camera di degenza, una infermeria, un ambulatorio dedicato ai Clinical trials, una

stanza di segreteria, 3 ambulatori di cui uno attrezzato per ricevere anche i pazienti allettati e ventilati. In questo contesto oltre ai centri SLA ed SM troveranno sede anche gli ambulatori specialistici per le Demenze e il Morbo di Parkinson che saranno ulteriormente potenziati sia in termini di diagnosi e assistenza che di ricerca clinica.

«Il vecchio spazio segreteria - spiega l'ing. Vincenzo Bruno, responsabile del Servizio Tecnico Patrimoniale dell'Aou - è stato riconvertito in Sala Infusioni a 6 poltrone oltre 1 lettino, ed è stata realizzata una stanza ad un posto letto di degenza diurna. Tutti i lavori si sono compiuti e realizzati nel periodo estivo 2024, con la partecipazione di maestranze che si sono occupate di opere edili, elettriche, impiantistiche e di gas medicali, di finiture per nuovi pavimenti, controsoffitti e tinteggiature».

## NUOVI AMBULATORI ALL'AOU PER LA LIBERA PROFESSIONE

Sono stati inaugurati all'inizio di dicembre gli ambulatori della libera professione dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara, dopo la chiusura di quelli di via San Francesco d'Assisi: si trovano al quarto piano del padiglione C (ingresso preferenziale da corso Mazzini). Le attività saranno erogate con gli stessi orari.

I lavori, gestiti dal Servizio tecnico patrimoniale dell'azienda, hanno portato alla realizzazione di 8 ambulatori che vedranno ruotare un'ottantina di medici dell'Aou: le prenotazioni si potranno effettuare attraverso il Cup regionale e le prestazioni potranno essere pagate anche attraverso PagoPA.



## DUE NUOVI DIRETTORI DI STRUTTURA ALL'AOU DI NOVARA

Due nuovi direttori di Struttura complessa hanno preso servizio all'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara. **La prof.ssa Rosanna Vaschetto** sostituisce il **prof. Francesco Della Corte** (che ha lasciato per raggiunti limiti età) alla direzione della Struttura di anestesia e rianimazione, mentre il **prof. Mattia Bellan** è il nuovo direttore della medicina e chirurgia d'urgenza e accettazione al posto del **prof. Giancarlo Avanzi** (anch'egli in quiescenza)



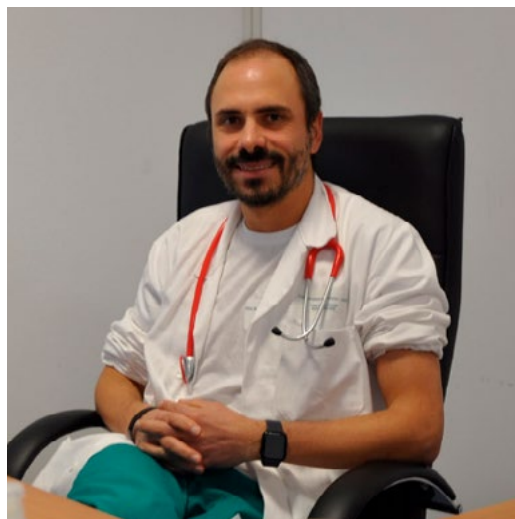
**La prof.ssa Rosanna Vaschetto** si è laureata in Medicina e Chirurgia nel 2002 presso l'Università del Piemonte Orientale ove ha conseguito anche l'abilitazione all'esercizio professionale. Ha conseguito la specializzazione in Anestesia e Rianimazione nel 2006 e il Dottorato di ricerca in Medicina Clinica e Sperimentale nel 2009 sempre nell'ateneo novarese. Durante gli studi ha potuto lavorare in prestigiosi atenei stranieri in Canada, Olanda e in Francia. Dal 2008 è assunta all'Aou di Novara. Dirige la Scuola di Specializzazione di Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva e del Dolore dal 2017, partecipando alla formazione di oltre 100 medici in formazione specialistica. La prof.ssa Vaschetto svolge attività di docenza per molti corsi di studio universitari e per scuole di formazione dedicate al personale sanitario. Invitata in qualità di relatore in diversi convegni nazionali e internazionali, ha pubblicato oltre 100 articoli su riviste scientifiche indicizzate. Svolge attività di ricerca mirate al malato critico e al malato fragile candidato a chirurgia, con attenzione a

strategie innovative volte alla personalizzazione delle cure. Rivolge particolare attenzione e interesse alla ricerca sulla medicina di genere in ambiente critico, sulla tematica della donazione di organi e tessuti e sulle tematiche etiche del fine vita.

**Il prof. Mattia Bellan** si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università del Piemonte Orientale nel 2009. Nel 2015 ha conseguito il Diploma di specialista presso la Scuola di Specializzazione in Medicina Interna; durante tale periodo è stato Research Fellow presso il Centre for Experimental Medicine & Rheumatology, Queen Mary University of London. Nel 2018 ha inoltre conseguito il Dottorato in Scienze e Biotecnologie Mediche presso l'Università del Piemonte Orientale.

Ha svolto la sua attività clinica presso la Medicina Interna dell'Ospedale Sant'Andrea di Vercelli dal 2016 al 2018; successivamente, è stato dapprima Ricercatore Universitario quindi Professore Associato in Medicina Interna presso Upo. Durante questi anni ha svolto principalmente la sua attività presso la Struttura di Medicina Interna I e presso l'Ambulatorio Immunoreumatologico dell'Aou. Ha inoltre ricoperto il ruolo di responsabile di reparti Covid a bassa e media intensità, durante gli anni della pandemia.

È stato inoltre coordinatore per il Dipartimento di Medicina Traslazionale del Progetto Aging.





## EDOARDO MOIA NUOVO DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELL'ASL NOVARA

Dal 1° novembre 2024 ha assunto l'incarico di Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Asl Novara, il dott. Edoardo Moia, Direttore della Struttura Complessa Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP). L'incarico ha la durata di sei mesi, nelle more del conferimento degli incarichi di direzione dei restanti Dipartimenti Aziendali in scadenza il 31 gennaio 2025.

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura strategica dell'Azienda a cui afferiscono:

- n. 6 Strutture Complesse: Medicina Legale con valenza interaziendale, Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPRESAL), Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP), Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN), Servizio Igiene Alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV area B), Sanità animale (SIAV area A);
- n. 5 Strutture Semplici a valenza dipartimentale: Servizio Igiene e Sanità Veterinaria (SIAV area C), Presidio Multizonale di Profilassi e Polizia Veterinaria (P.M.P.P.V.), Unità Valutazione e Organizzazione Screening (UVOS), Vigilanza; Servizio di Epidemiologia

Il Direttore del Dipartimento organizza e attua tutte le iniziative per la lotta alla pandemia e alle altre patologie infettive diffuse; promuove l'attività di tutte le Strutture, l'innovazione e l'efficacia delle metodologie di lavoro e di modelli organizzativi e sovrazonale per la prevenzione e la promozione della salute, promuove l'aggiornamento professionale, collabora con gli altri Dipartimenti e Strutture, contribuisce alla realizzazione del nuovo assetto della sanità territoriale in ottemperanza al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).







per la sicurezza dei consumatori), **IARC** (Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro) e **CNRS** (Centro nazionale per la ricerca scientifica), oltre a database scientifici internazionali (SIN List, TEDX List, Skin Deep, etc.).

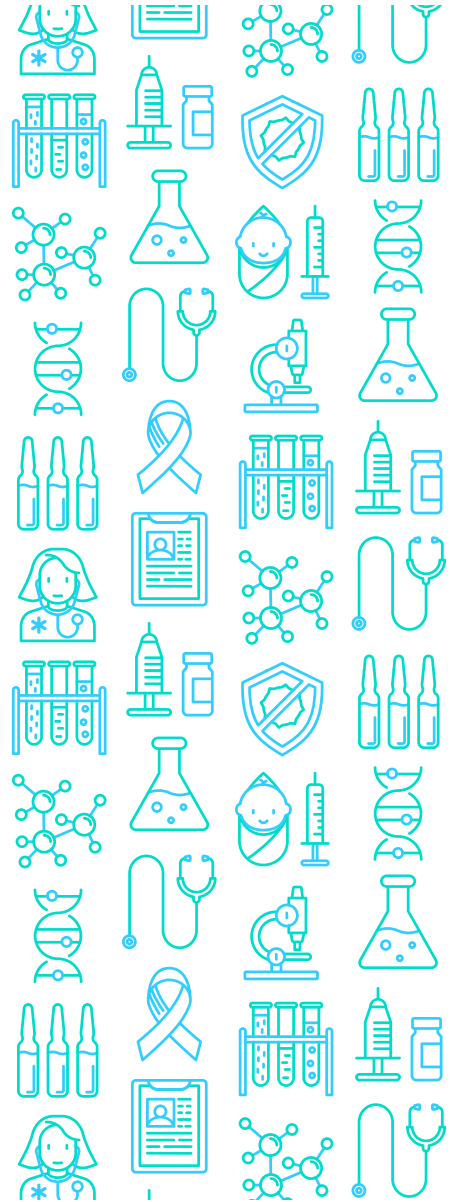
Occorre dire che l'uso della app non garantisce da sola una salute migliore a chi la utilizza in quanto **lo stato di salute dipende anche dal quantitativo di prodotto consumato o usato e alla frequenza con la quale esso viene consumato o utilizzato**. Tuttavia essa fornisce rapidamente informazioni utili che il consumatore non avrebbe allo stesso modo.

Una critica che è stata fatta alla app è che Yuka porterebbe il consumatore ad escludere alimenti che si potrebbero consumare, anche se in modo saltuario. Yuka e nessun altro sistema di valutazione nutrizionale può consigliare, ad esempio, il lardo di Colonnata, anche se è una prelibatezza. Questo non significa che il lardo di Colonnata sia da demonizzare, ma è importante sapere che è un alimento molto ricco di grassi e tenerne conto per bilanciare la dieta.

Altra cosa da ricordare è che Yuka si basa sulla lista degli ingredienti pubblicata in etichetta la quale non racconta sempre tutto quel che c'è da sapere su un alimento o una bevanda. Ad esempio niente può dirci Yuka dei fitofarmaci presenti nel tè, di quanta acrilammide è presente nelle patatine fritte o di quali e quanti PFAS sono presenti, etc.

La App gratuita ha una versione a pagamento che permette di valutare i prodotti anche solo inserendo il nome, senza quindi avere il codice a barre. L'iniziativa si sostiene economicamente grazie agli abbonamenti alla versione a pagamento ed alla vendita di un libro. Dedicare qualche minuto nel rapporto con i pazienti e promuovere l'uso di questa app può senz'altro essere di grande beneficio.

*Dott. Marco Calgario*



## Bibliografia:

1. Elenco fonti scientifiche utilizzate da Yuka <https://help.yuka.io/it/article/bf5vi9gytc>
2. Julie Chapon, Anthony Berthou "Yuka - La guida all'alimentazione sana" L'ippocampo edizioni 2022
3. Università degli Studi di Padova - Dipartimento di Agronomia, "L'evoluzione nella scelta dei prodotti alimentari: il caso Yuka" Antonio Vianello, Maria Arnò [https://thesis.unipd.it/retrieve/b620bca3-59b3-4914-81a5-cf5b2ecd316a/Arn%C3%B2\\_Maria.pdf](https://thesis.unipd.it/retrieve/b620bca3-59b3-4914-81a5-cf5b2ecd316a/Arn%C3%B2_Maria.pdf)
4. "Tutti contro Yuka" Di Lucina Paternesi e Giulia Sabella. Rai3 - Report: Inchieste 29/5/2023
5. ([https://www.rai.it/dl/doc/1685534245883\\_Tutti%20contro%20Yuka%20-%20di%20Lucina%20Paternesi%20e%20Giulia%20Sabella.pdf](https://www.rai.it/dl/doc/1685534245883_Tutti%20contro%20Yuka%20-%20di%20Lucina%20Paternesi%20e%20Giulia%20Sabella.pdf))
6. Sabrina Lanni, Geo Magri "Healthy Eating Apps. La salubrità degli alimenti in mano agli algoritmi" Società Editrice Il Mulino - 2020



# GRADUATORIE MEDICI DI MEDICINA GENERALE

## PRESENTAZIONE DOMANDE DI INCLUSIONE

Le iscrizioni alle graduatorie regionali per la Medicina generale e Pediatria valide per l'anno 2026 **saranno aperte dal 1° gennaio 2025**. La domanda di inserimento o aggiornamento dei titoli (in bollo da 16,00 euro) deve essere presentata ogni anno (anche in assenza di modifiche o integrazioni dei titoli), **entro il 31 gennaio, esclusivamente in modalità on line**, mediante l'utilizzo della piattaforma GRMEC

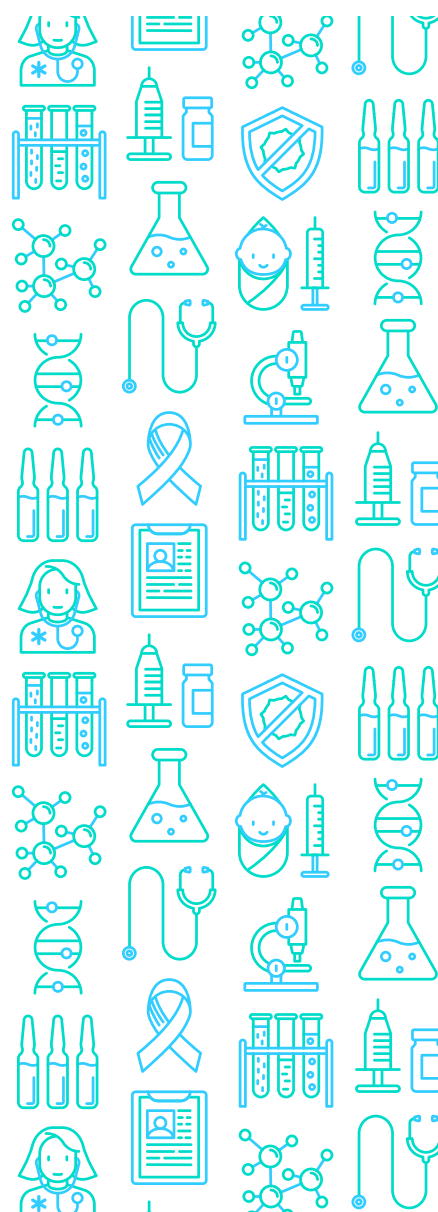
### REQUISITI PER L'INOLTRO DELLA DOMANDA

#### Medici di medicina generale

- diploma di laurea in Medicina e chirurgia (per i titoli di studio conseguiti all'estero allegare il provvedimento di riconoscimento di equipollenza);
- iscrizione all'Albo professionale;
- attestato di formazione in Medicina Generale o titolo equipollente, qualora la data di abilitazione all'esercizio professionale sia successiva al 31 dicembre 1994, come previsto dai Decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/03. Possono presentare domanda di inserimento in graduatoria anche i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione successivamente alla data di presentazione della domanda. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre del corrente anno.

#### Medici pediatri

- cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- iscrizione all'Albo professionale;
- diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.







# 35° CONGRESSO PROVINCIALE andi novara e vco

Anche questo autunno, presso l'Hotel Regina Palace di Stresa, si è celebrato il 35° Congresso Andi NO VCO.

Dopo i saluti istituzionali del Presidente Andi dott. Feng Xiao Zhou e del Presidente CAO VCO dott.ssa Margherita Rossi, in rappresentanza delle rispettive sezioni provinciali, sono intervenuti:

- Dott.ssa Angela Rovera, Segretaria Nazionale ANDI, che ha esposto le iniziative a favore dei giovani professionisti con la Young Dentist Academy e la Finanza agevolata, che partirà il prossimo gennaio su Brain. Due progetti che sono espressione dell'impegno di Andi a supportare i giovani odontoiatri nella crescita professionale e nella transizione verso la gestione dello studio.
- Dott. Virginio Bobba, Presidente Andi Piemonte, che ha illustrato l'impegno a sviluppare il dialogo tra sanità pubblica e privata in Regione e il compiacimento di veder realizzato il progetto di collaborazione tra società scientifiche e libera professione. In questo Congresso si dà risposta alla continua domanda di formazione, in cui l'endodonzia rappresenta una disciplina base, nella logica di non curare i pazienti contro ogni deriva commerciale.
- Dott. Mario Lendini, Presidente SIE, che ha ribadito il ruolo strategico dell'endodonzia nel processo decisionale del piano di trattamento.
- Dott. Davide Castro, Segretario culturale SIE, che ha confermato la volontà della SIE di condividere le proprie esperienze in modo da poterle trasferire in studio come modelli operativi.
- Dott. Maurizio Gugino, Segretario culturale Andi Piemonte, che ha innanzitutto ringraziato quanti hanno reso possibile

l'evento congressuale, dalle società scientifiche ai relatori, dagli sponsor e alla nutrita presenza di odontoiatri e personale di studio. Egli ha ricordato il prossimo evento istituzionale della sezione novarese che riguarderà l'aggiornamento in radiologia, in cui accanto a sessioni normative ci saranno anche quelle prettamente cliniche.

Nel corso del Congresso sono stati assegnati i seguenti riconoscimenti:

- Premio Andi Piemonte al Dott. Alberto Libero, Vice Segretario Nazionale Andi e Presidente Commissione Albo Odontoiatri di Vercelli.
- Premio Giovane Andi alla Dott.ssa Giorgia Minghini per la tesi 'Gestione clinica di un canino incluso in un paziente in attesa di chirurgia ortognatica'

Le relazioni congressuali si sono poi succedute nell'ordine seguente:



## DOTT. ARNALDO CASTELLUCCI: ENDODONZIA OGGI

Laureato e specializzato ha frequentato i corsi del Prof. Schilder e da allora esercita la professione esclusivamente dedicata all'endodonzia. Membro di diverse società di endodonzia, docente universitario, già direttore del Giornale italiano di endodonzia, è autore di un recente testo di Micro Endodonzia Chirurgica.

Molto schietto e diretto nella sua esposizione, non nasconde di essere contattato dai professionisti quando il caso è particolarmente complesso oppure quando deve intervenire sulle conseguenze di una malpractice dei colleghi, tanto da aver accumulato ampia esperienza in ritrattamenti, sia ortogradi, retrogradi e chirurgici.

L'endodonzia è alla base dell'odontoiatria per il semplice motivo che in caso di urgenza è il primo approccio che bisogna saper adottare. Inoltre nessuno meglio dell'endodontista può sapere se l'elemento dentario può essere mantenuto o sostituito da impianto.

I ritrattamenti, attualmente, si possono gestire con il supporto di strumenti e tecnologie impensabili vent'anni fa. Innanzitutto la radiografia digitale estremamente precisa e dettagliata fruibile a monitor con immagine ingrandita e possibilità di ampia regolazione. Ora si lavora con un microscopio operatorio e illuminazione coassiale che consentono di individuare i canali normalmente difficili da localizzare e trattare, operazione impossibile in assenza di un ingrandimento che può arrivare a 30x.

In più oggi c'è la possibilità di un terzo strumento, diventato insostituibile per il relatore: la cone beam in studio, a volte anche intra-operatoria. Utile anche per fare anche una semplice diagnosi sul tipo di trattamento ortogrado o chirurgico.

Se le lesioni sono soltanto sulle vestibolari, con un'ora o un'ora e mezza di appuntamento il caso è risolto con un approccio chirurgico, senza rischiare di rimuovere corona, ricostruzione, eventuali perni e poi incontrare canali con dei gradini od ostacoli. Anche dal punto di vista economico per il paziente è meno costoso e meno indaginoso, meno distruttivo che fare un ritrattamento e chiedere al paziente di rifare corona, perno e tutto il resto.

Oggi oltre al microscopio, si fa uso di potenti sorgenti di ultrasuoni per individuare e finire la cavità d'accesso.

L'otturazione canalare ora si avvale anche delle bioceramiche, anche iniettabili, oltre che di MTA, utile in caso di perforazione o di apice beante, con il vantaggio di indurire rapidamente senza più causare l'annerimento dell'elemento dentale.

I nuovi strumenti rotanti in nichel-titanio, hanno reso l'endodonzia alla portata di tutti in modo sicuro e dai risultati predicibili.

Fare endodonzia significa lavorare in equipe perché il lavoro si fa con due teste e quattro mani. Senza mai togliere gli occhi dagli oculari, gli strumenti arrivano nelle dita in modo puntuale e preciso grazie alla visione condivisa con l'assistente se non addirittura con due. Una che ha il suo compito di tenere il campo esangue



e un'altra che deve mettere gli strumenti nelle dita dell'operatore senza che questo debba staccare il contatto visivo dal campo operatorio.

Grazie a tutto questo è possibile ottenere, fra ortograde e retrograde, un successo che ha niente da invidiare a quello di famosi implantologi, i quali nei loro successi ci mettono anche il survival, detta sopravvivenza. Seguendo lo stesso criterio allora anche tutti i nostri granulomi che sono asintomatici dovrebbero essere sopravvivenze, il dente sta in bocca, non dà sintomi, invece sono fallimenti.

Le percentuali di successo dopo ritrattamento chirurgico sono altissime, si parla del 94% purché eseguite con microscopio operatorio altrimenti in numeri si abbassano fino al 50%. Per quanto riguarda le percentuali di successo dopo ritrattamento ortogrado i valori superiori al 95%.

In altre parole, le percentuali di successo dopo ritrattamento, sia clinico che chirurgico, non hanno niente da invidiare alle alte percentuali di successo vantate dagli implantologi. In più, gli impianti non sono eterni e non sono esenti da complicazioni.

Le cause più frequenti d'insuccesso endodontico sono sicuramente i «gradini» e gli «intasamenti». Se gli strumenti vengono fatti lavorare, forzandoli nei canali, la porzione apicale del canale viene a essere intasata dal fango dentinale, mentre lo strumento lascia la sua impronta nella parete tangente alla curva canalare. Questo si chiama gradino o falsa strada, mentre il fango dentinale accumulatosi è

responsabile dell'intasamento.

Se questo succede in un dente vitale e la porzione apicale del canale viene a essere otturata con fango dentinale sterile, può non succedere niente, ma se questo avviene in un canale infetto, con polpa necrotica e piena di batteri, il fallimento è assicurato.

Questa disamina di novità in campo endodontico è stata puntualmente confermata da un'ampia documentazione clinica in cui si è dimostrata l'importanza del fattore ingrandimento nell'individuazione dei canali di accesso sempre da ricercare nel punto in cui il pavimento pulpare si incontra con la parete, individuabile anche dal cambiamento cromatico.

In presenza di calcificazioni invece sono gli ultrasuoni a farla da padrone con una aggressività sempre sotto controllo e una visibilità operativa costante.

Non si è certo nascosto nel confronto con i colleghi chirurgici in fatto di apicectomie eseguite sempre con il criterio endodontico che la lesione ha una origine batterica che va eliminata e non con un criterio esclusivamente chirurgico. Emblematica la sua affermazione: "ma se nell'ortograda le lesioni guariscono senza chirurgia, perché nella chirurgia ci devono mettere dentro l'innesto osseo?" Non poteva certo mancare un tributo al Prof. Schilder che 50 anni fa affermava che tutti i denti possono essere trattati con successo, purché si realizzino tre circostanze:

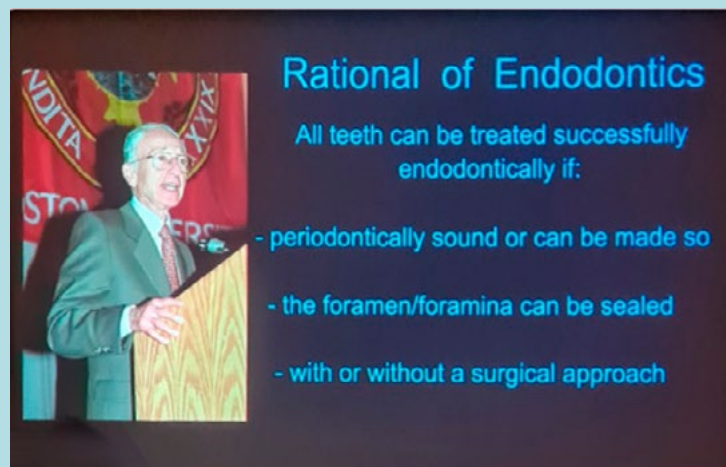
1. che siano paradontalmente sani o sanabili,
2. che si riesca a otturare il o i forami, dovunque essi siano
3. con o senza approccio chirurgico.

Vuol dire che anche se si fa un approccio chirurgico questo deve sempre rispettare gli stessi principi dell'endodonzia ortograda.

Nel corso dell'esposizione non sono mancati gli utili 'take home messages'.

Le calcificazioni seguono una regola e cioè progrediscono in senso corono apicale. Se la camera è calcificata, se il terzo coronale è calcificato, il terzo medio e il terzo apicale sono liberi, aperti che ci aspettano.

L'uncino della diga va messo posteriormente al dente da trattare in



questo modo non maschera, radio graficamente, i canali che stiamo trattando.

I canali si dovrebbero detergere e chiudere uno per volta perché ognuno ha caratteristiche operative proprie.

Le lesioni della forza hanno una prognosi abbastanza dubbia perché in presenza di perforazione c'è sempre un coinvolgimento paradontale, una tasca, la cui prognosi è pessima. Si procede quindi riparando prima la perforazione.

Quando si posiziona MTA nella perforazione occorre non avere estrusioni, quindi il materiale viene condensato delicatamente con pellet umido o con il retro di un con di carta umido.

La riflessione finale dà un indirizzo sul futuro della endodonzia: "Servono innanzitutto gli specialisti in endodonzia e in secondo luogo serve un po' di umiltà. È difficile saper fare bene tutto ed io non mi vergogno ad ammettere che non mi occupo di impianti, di protesi o conservativa. Mi occupo solo di quello cerco di fare al meglio delle mie possibilità: l'endodonzia. Pertanto i colleghi dovrebbero conoscere i propri limiti e fidarsi di chi ha limitato la propria attività alla sola specialità endodontica."

## **DOCT. DAVIDE CASTRO:** **L'anatomia** **ENDODONTICA**

Laureato con lode in Odontoiatria, socio attivo SIE, coautore di diversi testi di endodonzia, docente a contratto presso diversi atenei, attualmente ricopre l'incarico di Segretario culturale della Società italiana di Endodonzia.

La sua relazione ha trattato vari aspetti della terapia endodontica, con particolare attenzione alla gestione delle lesioni e alla detersione dei canali radicolari.

Sono stati presentati diversi casi clinici, evidenziando le tecniche di ritrattamento e l'uso di strumenti moderni come il microscopio operatorio per migliorare la visibilità e l'efficacia del trattamento. È

emerso che la corretta detersione e il tempo dedicato al trattamento sono fondamentali per la risoluzione delle problematiche endodontiche. Inoltre, si è discusso dell'anatomia complessa dei denti e della necessità di adattare le tecniche di trattamento a queste variabili anatomiche per garantire un risultato ottimale.

Il primo assioma enunciato nella sua relazione è relativo all'importanza della radiografia nel trattamento endodontico, fondamentale per diversi motivi.

In primo luogo, la radiografia consente di identificare dettagli cruciali del caso clinico, come la posizione delle lesioni e le porte di uscita dei canali radicolari. Questo è essenziale per garantire che tutte le aree infette siano trattate adeguatamente, permettendo così una disinfezione efficace e una chiusura corretta delle aperture per prevenire la sopravvivenza dei batteri.

Inoltre, la radiografia aiuta a visualizzare l'anatomia complessa dei denti, che può includere canali accessori o biforcazioni che non sono immediatamente evidenti durante l'esame clinico. La presenza di canali non trattati può compromettere il successo del trattamento endodontico.

La radiografia è uno strumento indispensabile per la diagnosi e il trattamento endodontico, poiché fornisce informazioni dettagliate che guidano l'operatore nella gestione delle infezioni e nella pianificazione del trattamento.

Una delle complicazioni più frequenti è rappresentata dalle anomalie morfologiche dei canali dentali, la cui gestione è un aspetto cruciale del trattamento endodontico.

Quando si riscontrano anomalie, come setti o canali accessori, è fondamentale rimuovere questi ostacoli per garantire una corretta detersione e disinfezione dello spazio canalare. In particolare, se ci sono setti che impediscono una detersione adeguata, l'unica soluzione è rimuoverli completamente. Questo permette di accedere alle porte di uscita dei canali e di sigillare correttamente le aperture per prevenire la sopravvivenza dei batteri.

Inoltre, è importante utilizzare strumenti adeguati, come il microscopio operatorio, per migliorare la visibilità e identificare correttamente le anomalie. La detersione deve essere eseguita con attenzione, utilizzando irriganti per eliminare completamente i batteri che hanno sostenuto la lesione e tecniche di otturazione in base alle caratteristiche del canale.

Infine, è essenziale monitorare il caso nel tempo, effettuando controlli regolari per garantire che non ci siano recidive o complicazioni legate a canali non trattati o a anomalie morfologiche non gestite.

Le tecniche di detersione e otturazione utilizzate in endodonzia sono fondamentali per garantire il successo del trattamento. I nostri strumenti tolgono al massimo il 60-70% dei carichi, il resto lo farà la detersione. La detersione deve essere finalizzata alla rimozione della maggior parte del tessuto organico possibile. Poi sarà l'otturazione che farà il resto. Si può definire la sagomatura un mezzo per irrigare e l'otturazione un mezzo per ottimizzare



e mantenere il risultato ottenuto con la detersione.

La meccanizzazione della preparazione ha comportato alcuni svantaggi per l'irrigazione come la diminuzione dei tempi di contatto dell'ipoclorito con le pareti e l'aumento di particelle inorganiche di tessuto calcificato prodotto durante la preparazione meccanica o manuale, a causa della frizione degli strumenti sulle pareti.

Le calcificazioni possono esserci, possono esserci delle atresie canalari a livello apicale. Qual è la strategia? Devo avere una lunghezza di lavoro preliminare, quella indicata dal primo sondaggio. Quindi si dà spazio agli irriganti e ai chelanti che possono agire in maniera più efficace proprio in quella zona fino ad ottenere la pervietà con una seconda lunghezza di lavoro, quella che ci permette di raggiungere l'apice.

Ecco un riepilogo delle principali tecniche di detersione:

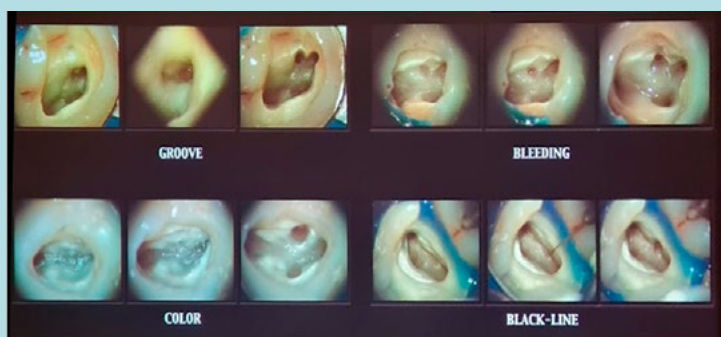
- Irrigazione: L'irrigazione è essenziale per rimuovere i detriti e disinfettare i canali. Si raccomanda di utilizzare irriganti come l'ipoclorito di sodio che ha caratteristiche antimicrobiche e soprattutto per la capacità di dissoluzione dei tessuti organici.
- L'aumento della temperatura ha l'effetto di potenziare l'azione dell'ipoclorito, mentre l'attività battericida dipende dalla concentrazione, 5,25%, e dal tempo di contatto con i batteri, 30 minuti per una terapia endodontica sul dente vivo e 40 minuti per un ritrattamento.



- Strumenti Meccanici: L'uso di strumenti rotanti e manuali è comune per rimuovere la polpa e i detriti. Tuttavia, si stima che questi strumenti possano rimuovere solo il 60-70% del carico, rendendo la detersione chimica e meccanica fondamentale per completare il processo.
- Ultrasuoni: L'uso di strumenti ad ultrasuoni può aiutare a rimuovere i detriti in modo più efficace, specialmente in presenza di anatomie complesse. L'importante è poter lavorare a secco e alternare con le irrigazioni in modo tale da rimuovere tutti i detriti e quindi visualizzare meglio quello che è l'effetto della nostra pulizia.
- EDTA, usato a concentrazioni comprese tra il 15% e il 17%. Se usato in sinergia con l'ipoclorito permette di ottenere pareti dentinali perfettamente detese. Ma la capacità dell'EDTA di legare gli ioni calcio e la capacità dell'ipoclorito di dissolvere i tessuti necrotici diminuiscono se queste due sostanze entrano in contatto

### Tecniche di Otturazione

- Condensazione a Caldo: Questa tecnica prevede l'uso di materiali termoplastici che vengono riscaldati e compressi all'interno del canale per garantire un sigillo efficace. È particolarmente utile in canali con anatomia complessa, offre buone proprietà di sigillatura e biocompatibilità. È fondamentale determinare correttamente la lunghezza di lavoro per garantire che l'otturazione raggiunga le aree desiderate senza compromettere la salute dei tessuti circostanti.
- Thermafill, basato sull'utilizzo di guttaperca termoplasticizzata
- Cono calibrato associato a cementi bioceramici



In sintesi, la combinazione di tecniche di detersione efficaci e di otturazione adeguate è cruciale per il successo del trattamento endodontico, garantendo la rimozione completa dei batteri e la sigillatura efficace dei canali.

### Take home message

La conoscenza anatomica ci dà almeno il 50% di successo.

Si parte sempre dai canali guida che in un sesto superiore è il palatino, in un sesto inferiore è il canale distale.

Gli incisivi inferiori possono avere 2 canali per cui l'accesso alla camera pulpare è al di sotto del cingolo.

Il canale MB2 è presente nell'80% dei casi, per trovarlo bisogna sapere che c'è.

Le radici curve vanno sagomate con una conicità più bassa per evitare di fare uno stripping nel punto di curvatura.

Il cemento MTA ha bisogno di umidità per attivarsi, a differenza del bioceramico che richiede un ambiente asciutto. Attenzione i canali riempiti con cementi bioceramici non sono più ritrattabili!

## DOTT.SSA KATIA GRECO: L'ENDODONZIA MINI INVASIVA

Laurea con lode in Odontoiatria, professore a contratto presso diversi atenei, membro SIE, attualmente ricopre l'incarico di Segretario della Società Italiana di Endodonzia.

La relazione ha trattato vari aspetti della pratica endodontica, con particolare attenzione ai protocolli di irrigazione e alla preparazione dei canali dentali. È stata sottolineata l'importanza di una corretta preparazione canalare per garantire una diffusione efficace dell'ipoclorito di sodio, evidenziando la necessità di utilizzare aghi appropriati e di controllare la pressione di iniezione. Sono stati discussi i rischi associati all'irrigazione e l'importanza di tecniche minimamente invasive per preservare la struttura dentale. Inoltre, si

è parlato delle sfide nella gestione di casi complessi, come canali curvi o calcificati, e dell'importanza di una buona detersione chimica per il successo del trattamento. Infine, sono state presentate le innovazioni tecnologiche nel campo degli strumenti endodontici, evidenziando come queste possano migliorare l'efficacia e la sicurezza delle procedure.

Sappiamo che gli studi più recenti in letteratura ci stanno indirizzando verso una tendenza minimamente invasiva finalizzata alla preservazione della dentina e alla conservazione della struttura dentale in modo tridimensionale. Questo approccio mira a migliorare la prevedibilità e la prognosi a lungo termine dei trattamenti endodontici, riducendo il rischio di fratture dentali e migliorando la riabilitazione complessa degli elementi dentali.

L'approccio minimamente invasivo implica l'uso di tecnologie e strumenti avanzati che consentono di eseguire trattamenti endodontici efficaci senza rimuovere eccessive quantità di dentina. Si rileva l'importanza di un accesso visivo adeguato ai canali dentali per evitare di trascurare canali non trattati, che possono contribuire a fallimenti terapeutici.

Secondo la letteratura più recente, gli elementi dentali soggetti a un trattamento endodontico vanno incontro ad una frattura in una percentuale variabile dal 49 al 97%, quindi con percentuali molto elevate.

Si è pensato nel corso degli anni che la tecnica di strumentazione, la sagomatura, potesse in qualche modo influenzare il verificarsi delle insorgenze di micro-cracks. La letteratura più recente ci dice che in realtà non esistono delle correlazioni tra la tipologia di strumento che inseriamo e con il quale sagomiamo, con sistema rotante o reciprocante, e l'insorgenza di microcrack.

Sono coinvolti numerosi fattori di rischio quali Essi possono essere, l'età del paziente, una dentina più invecchiata e una dentina fragile, una dentina che è più sclerotica e quindi tollera molto male i carichi e le sollecitazioni masticatorie. I premolari hanno una incidenza di frattura maggiore rispetto ad altri denti.

Un fattore molto rilevante è legato alla modalità di sagomatura eseguita con strumentazione con elevata conicità, 8 - 9%, utilizzati, ampiamente utilizzati dai clinici con delle conicità dell'8, del 9%, che comportava una eccessiva rimozione di dentina in zone anatomicamente importanti con l'elevato rischio di integrità e di sopravvivenza dell'elemento dentario.



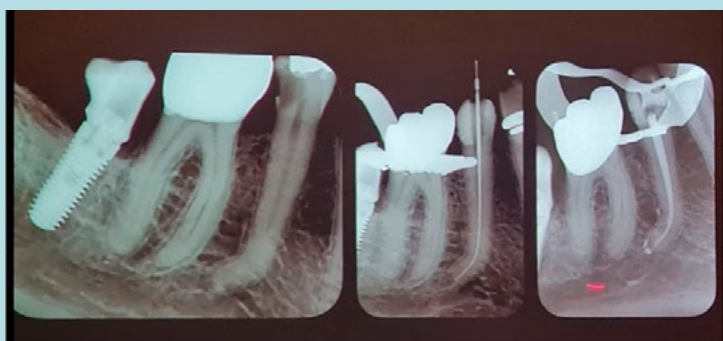
La letteratura ci dice che l'incremento nella conicità all'interno dei nostri sistemi canali non è assolutamente seguita da una percentuale più elevata di detersione perché, lo spazio endodontico è uno spazio anatomicamente complesso per anatomia che sono veramente tante e disparate pensiamo alla presenza di istmi, alla presenza di canali laterali, alla presenza di forami multipli che sono presenti in un'altissima percentuale di casi.

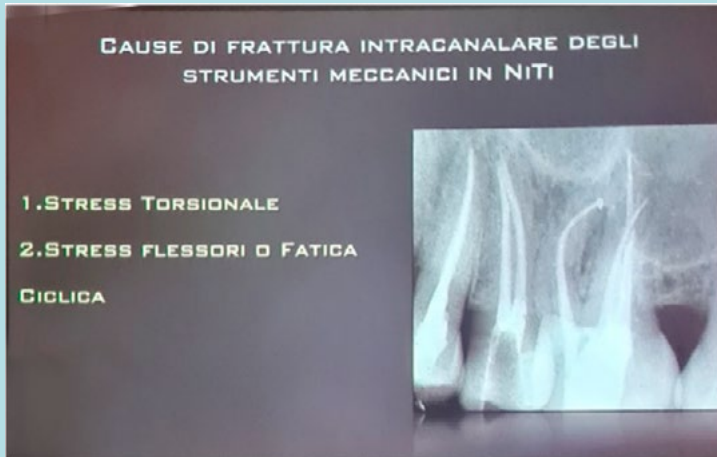
Anche nei canali che apparentemente possono sembrare semplici, quali per esempio le radici distali dei molari inferiori, la quantità di tessuto organico e di pareti che non entrano in contatto con i nostri strumenti continua ad essere, ancora molto elevata. Ma se l'elemento viene sagomato, deterso e otturato in modo corretto i batteri presenti moriranno nell'arco di 5 giorni.

In merito alla conicità degli strumenti tutta l'ingegneria si è orientata verso una riduzione significativa della conicità degli strumenti in funzione della conservazione della dentina e al contenimento soprattutto degli incidenti intraoperatori, in particolar modo la frattura di uno strumento che impedisce di portare a termine tutti i principi di detersione, di sondaggio e otturazione del canale. Rimuovere gli strumenti fratturati poi è molto rischioso, richiede tecnologia e l'esperienza.

Gli strumenti endodontici, con conicità aumentata vanno incontro a frattura per due ragioni, lo stress torsionale e lo stress da fatica ciclica.

Lo stress torsionale è indotto dalla conicità





e dal calibro degli strumenti ed è influenzato anche dalla tipologia di lega con la quale sono creati e realizzati. La fatica ciclica è causa di frattura quando gli strumenti sono sottoposti, ad affaticamenti tenso-compressivi legati al raggio di curvatura, dalla conicità dello strumento.

Quando uno strumento lavora all'interno del canale non subisce solo carichi torsionali o flessori perché le anatomie possono presentare delle insidie, possono presentare assolutamente delle alterazioni o delle difficoltà per lo strumento stesso che può subire uno stress combinato fino ad arrivare alla rottura.

Negli ultimi anni si sono prodotte nuove leghe in nickel titanio trattate termo meccanicamente che sicuramente hanno dei vantaggi dal punto di vista strutturale rispetto alla tradizionale lega in Nichel Titanio che si comportano molto bene sul carico torsionale ma sono poco flessibili.

I nuovi strumenti dedicati all'endodonzia mini invasiva sono stati invece creati e pensati con una sezione che migliora l'azione di taglio grazie al contatto dello strumento soltanto in due punti della parete lasciando uno spazio notevole per la gestione dei detriti e con una capacità di avanzare all'interno del canale senza far avvertire all'operatore il senso di avvitemento.

La punta Smart Tip permette agli strumenti di progredire senza

bloccarsi nel canale, riducendo il rischio di danni e migliorando la sicurezza operativa. Con questi strumenti la sagomatura è diventata una fase di fondamentale importanza ai fini della detersione per permettere alle soluzioni irriganti di arrivare all'apice per l'elevata incidenza di diramazioni, canali laterali e ulteriori forami apicali.

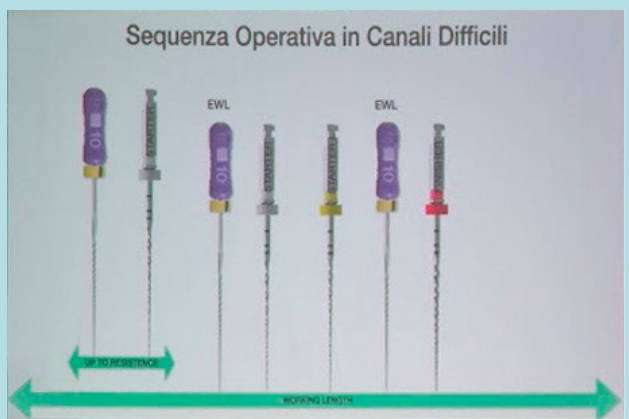
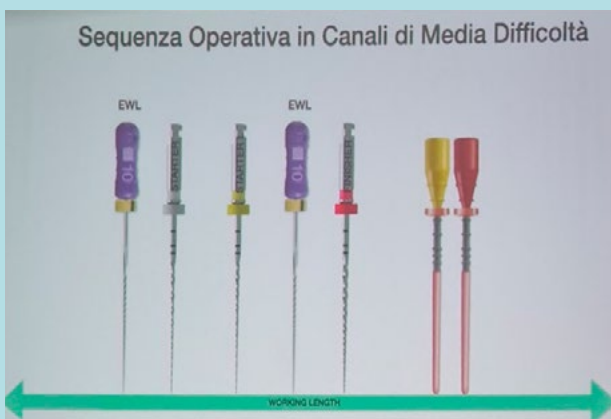
Compito dell'operatore è la scelta dello strumento in base alle caratteristiche anatomiche dei canali adeguando la scelta di conicità in modo da avere una successione operativa senza stress fino in apice poiché ogni passaggio di strumento precedente prepara quello successivo.

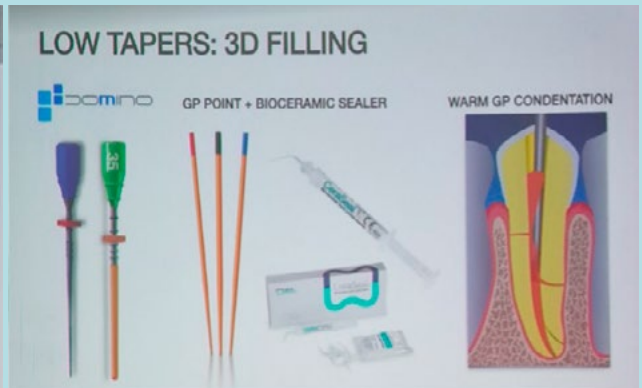
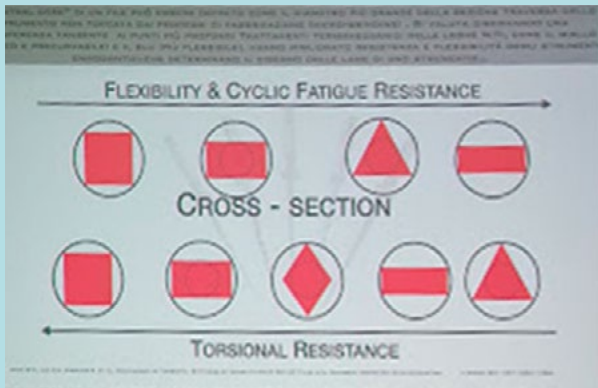
Questi strumenti sono stati sottoposti virtualmente a dei test di fatica ciclica e di flessione simulando le condizioni cliniche d'uso, in modo da essere sicuri ogni qualvolta si presentino delle difficoltà intraoperatorie in quanto essi hanno la capacità di rimanere centrati all'interno del canale. I principi di sagomatura devono essere sempre rispettati. L'accesso agli imbocchi canalari deve essere visibile e prima di iniziare la sagomatura si deve eseguire il sondaggio di tutti i canali con un K file 08-10 con il quale si determina la prima lunghezza elettronica di lavoro.

**Take home message**

Il diametro apicale deve essere almeno di 25 per riuscire a portare le soluzioni di ipoclorito nella regione più difficile da detergere per l'elevata incidenza di diramazioni, canali laterali e ulteriori forami apicali.

Bisogna dare il tempo alle soluzioni





irriganti di lavorare all'interno del canale e lavorare sempre in bagno di ipoclorito, la cui attivazione viene fatta con sorgenti subsoniche o soniche o con un'attivazione laser o per agitazione manuale con movimenti di va e vieni di 3-4 mm.

Le soluzioni di ipoclorito devono essere conservate al buio, rivestite con dell'alluminio, sigillate per evitare il processo di ossidazione. In presenza di apici beanti o riassorbiti occorre avere un assoluto controllo della profondità e della pressione di irrigazione precursore di una futura possibile incrinatura o frattura.

Le tecniche di otturazione vanno selezionate, nell'ambito dello stesso dente in base alle caratteristiche dei canali endodontici avendo ognuna di esse una indicazione ben precisa.

## DOTT. GIUSEPPE CAVALLI: LA RICOSTRUZIONE POST ENDODONTICA

Laureato in Medicina e Chirurgia, socio attivo dell'Accademia di Conservativa e della SIE, docente universitario, coautore di testi di odontoiatria adesiva e restaurativa. La sua qualità di clinico è espressa sia in ambito endodontico che in ambito conservativo.

Nel 1988 gli impianti non c'erano per cui i denti si dovevano salvare. Allora si diceva che gli impianti erano fatti per sostituire i denti mancanti. La decisione se conservare un dente è tutta dell'endodontista, semmai del paradontologo. Si tolgono solo denti senza speranza endodontica oppure perché non si riescono a restaurare. Mentre ora però che la pratica implantare sta dilagando oltre misura questo studio sulla sopravvivenza a 10 anni del singolo elemento dentale protesizzato propone dei dati su cui bisogna riflettere.

- denti anche con problemi parodontali sopravvivono per 89,3%
- denti devitalizzati, ricostruiti ma senza perno, sopravvivono per 85,8%.
- denti devitalizzati ricostruiti con perno 75,9%
- elementi su impianto 66,2%

I denti trattati endodonticamente mostrano percentuali di sopravvivenza relativamente alte, mentre gli impianti, pur essendo una soluzione comune, possono presentare complicazioni che

influenzano la loro longevità. Infatti la perimplantite si verifica per il 22% degli impianti già dopo cinque anni e il manifestarsi precoce di mucosite, spire esposte che si spongono ai batteri viene pietosamente tacitato con generose dosi di clorexidina gel e il monito a pulirsi meglio.

L'altro aspetto è che, nonostante il rischio di indurre resistenza antibiotica, si continui a prescrivere generosamente in presenza di patologia implantare.

Il relatore ha una visione olistica del corpo umano e partendo dal riscontro della ricca innervazione dell'apparato masticatorio si chiede quante informazioni propriocettive, vadano irrimediabilmente perdute con la patologia o la perdita di un elemento dentale e quale ripercussione possa avere l'omeostasi dell'organismo.

Come etica deontologica considera un insulto un impianto in età sotto i 40 anni perché non può essere considerata irreversibile una patologia endodontica o parodontale perché viene tradito il profondo



significato semantico della parola odontoiatra (dal greco ὀδούς, ὀδόντος: «dente» + ἰατρεία: «cura», lett. cura dei denti), professionista che si occupa della prevenzione, della diagnosi e della terapia delle patologie dentali.

In relazione alla terapia endodontica è vero che il dente trattato sia più fragile e di questo tanto è già stato detto sugli errori di sagomatura, sulla mancanza di rispetto dell'anatomia canalare, sullo stripping che fatalmente esitano in una incrinatura o frattura radicolare intrattabile.

Altro aspetto che presenta criticità è il restauro del dente trattato endodonticamente e della sua protesizzazione, di cui ora saranno elencate le indicazioni per una prolungata sopravvivenza.

- Ad un approccio ingegneristico il dente si può paragonare ad un arco romano di cui carie e trattamento endodontico possono indebolire la struttura perdita di legami molto importanti di connessione e coesione interna del dente. Compito del restauro è quindi il ripristino di questo arco romano.
- Per distribuire in modo corretto i carichi occorre fare un cerchiaggio cervicale (circa due millimetri) che aiuta a distribuire i carichi sulla radice del dente, riducendo il rischio di fratture. Questo è un concetto ingegneristico che si applica alla preparazione coronale totale.
- Materiali adeguati che non devono superare le caratteristiche meccaniche della dentina. Ad esempio, l'uso di perni e cementi deve essere attentamente considerato per evitare eccessivi stress meccanico che potrebbe danneggiare ulteriormente il dente.

Per comprendere le proprietà dei materiali utilizzati e garantire che siano compatibili con la dentina occorre sapere che essa sopporta carichi pressori di 18 GPa, per cui l'utilizzo di perni o cementi dovrebbe essere coerente con questo valore. Una zirconia o un perno rigido arrivano ad esprimere 210 GPa creando un carico eccessivo. Perciò noi dobbiamo affrontare questo tema trattato endodonticamente, che sia otturazione diretta, indiretta parziale, coronale totale, con concetti architettonici ingegneristici.

Il restauro diretto adesivo in composito trova indicazioni limitate, nei casi di ridotta perdita di sostanza dentale coronale, con preservazione di almeno una cresta marginale e spessore delle cuspidi residue maggiore di 2,5 mm. Il composito legandosi a smalto e dentina potrebbe essere un materiale ottimale ma l'adesione smalto-dentinale è un'interfaccia e non una restitutio ad integrum e nel

tempo si degrada per cui l'indicazione più corretta è la corona. In termini di carico un perno in fibra è circa 30 GPa, un perno e cemento arriva a 50GPa.

Il cemento fotopolimerizzato arriva a 20 GPa ma se la cavità è molto profonda c'è rischio di formare delle bolle o di non riuscire a polimerizzare completamente, come giusto compromesso è indicato un cemento ad attivazione chimica che induce all'interno della cavità in modo slow. Per la parte coronale che è sottoposta a stress ciclico occorre usare un materiale che abbia un elevato modulo elastico ad attivazione chimica.

Una grande attenzione occorre avere in tema di adesione. I canali devono essere perfettamente puliti da ogni residuo di cemento, guttaperca e saliva con un cleaner. Soffiando si rischia di portare i detriti in profondità, occorre asciugare invece con coni di carta.

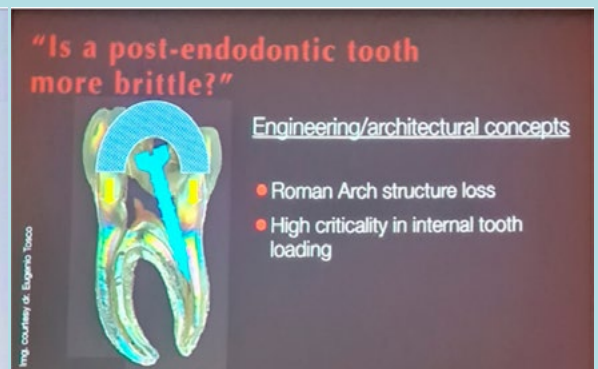
Il cemento va introdotto dal fondo e il perno, preferibilmente silanizzato, va inserito senza bolle. Affondare i perni il più possibile lasciando 5-6 mm di sigillo apicale. Tutti i materiali utilizzati devono avere una omogeneità di valore, di modulo elastico.

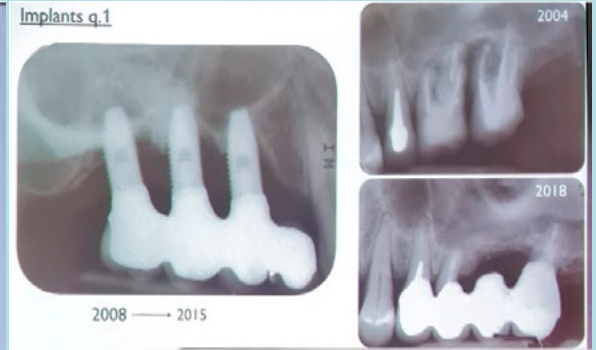
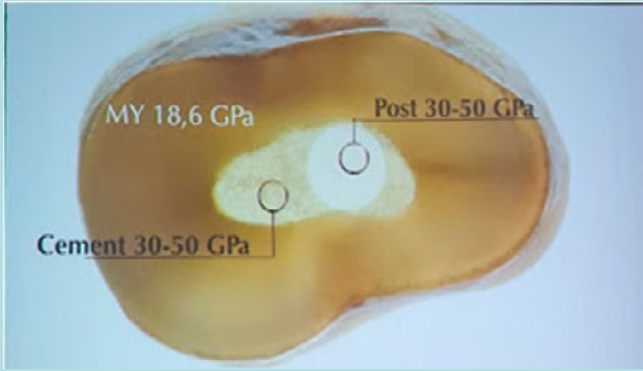
L'altro aspetto da rispettare è il cerchiaggio cervicale o effetto ferula, una specie di abbraccio a 360° alla base del moncone da protesizzare. Il cerchiaggio deve essere di 1-2 millimetri su un moncone ritentivo, con pareti di conicità 6° e deve essere ritentivo con una conicità di 6°.

Per quanto riguarda gli intarsi essi trovano indicazione se sono presenti dentina e smalto per più di 3 mm. Il corpo centrale

Clin Oral Implants Res, 2010 May;21(5):550-7. doi: 10.1111/j.1600-0501.2009.01907.x.  
 Complication and failure rates in patients treated for chronic periodontitis and restored with single crowns on teeth and/or implants.  
 Schmidlin K, Schnell N, Steiner S, Salvi GE, Pjetursson B, Matuliene G, Zwahlen M, Bragger U, Lang NP.

Medium Success Percentage (10 years)	
SC-V Crown on vital teeth	89,3%
SC-E Endo no post & core	85,8%
SC-PC Endo cast post & core	75,9%
SC-I Crown on Implants	66,2%





del dente è presente per cui è scongiurato il rischio di frattura. L'unica attenzione si deve dare al cemento perché ceramiche ibride, disilicati e zirconie sono fissate adesivamente seguendo rigorosamente i tre step: mordenzatura, primer, cemento. Per le corone in zirconia il monomero MDP-10 favorisce l'adesione al cemento resinoso, consentendo una cementazione adesiva.

L'ultima slide è una provocazione: alla paziente sono state mantenute alcune radici di molari parodontalmente in sofferenza come pilastri di ponte. Nel quadrante contrapposto sono stati inseriti tre impianti. La radiografia a 10 anni emette la sua sentenza!

## DOTT. DAVIS CUSSOTTO: COMPITI DELL'ASSISTENTE IN ODONTOIATRIA DIGITALE

Odontoiatra, libero professionista, giornalista pubblicista, è relatore su temi di comunicazione, gestione e digital dentistry.

Le applicazioni delle tecnologie digitali all'interno dello studio odontoiatrico hanno subito un'accelerazione, verso una transizione digitale, che coinvolge gradualmente tutti gli studi. Attraverso diversi software dedicati abbiamo la possibilità di studiare il caso e pianificare la successiva riabilitazione. In questo ambito l'assistente gioca un ruolo fondamentale nel coadiuvare e rendere possibile il flusso digitale di lavoro.

Tale rivoluzione impatterà tutte le professionalità che operano all'interno dello studio e richiederà da parte di tutti gli operatori sforzi specifici di formazione ed aggiornamento.

Con la tecnologia digitale si acquisiscono in modo diverso i dati che servono per curare i pazienti. Grazie agli scanner intraorali si può prendere un'immediata impronta delle arcate dentarie del paziente, si possono valutare i rapporti occlusali e la presenza di carie, ed è anche possibile visualizzare l'esito della riabilitazione proposta. Integrando con fotografie del volto e CBCT si può formulare per un piano di cura realmente multidisciplinare.

La transizione digitale ha portato grandi cambiamenti anche nel

modo di comunicare all'interno dello studio stesso e con il paziente e ha modificato l'organizzazione all'interno dello studio in quanto tutto il team è coinvolto nel flusso di lavoro digitale, nella archiviazione dati e nella loro condivisione.

L'ASO diventa la figura di raccordo tra la segreteria, l'odontoiatra e il paziente. Questo ruolo acquista importanza specie negli studi di grandi dimensioni e con specialisti diversi.

Le innovazioni tecnologiche cliniche hanno comportato un cambio comunicativo all'interno del team odontoiatrico in quanto la diffusione delle tecnologie digitali richiede oggi che gli assistenti dello studio odontoiatrico siano in grado di adoperare strumenti e protocolli digitalizzati per rendere efficienti i flussi di lavoro e la gestione dello studio.

Oggi, il software gestionale è il vero e proprio "cuore" digitale dello studio







# DISTURBI DELL'EQUILIBRIO e VERTIGINI

I disturbi dell'equilibrio e le vertigini in particolare sono patologie molto diffuse nella popolazione occidentale specialmente con l'aumentare dell'età.

Insicurezza nel cammino e nei movimenti sono i sintomi principali e gesti semplici quali alzarsi dal letto o raccogliere un oggetto ora provocano ansia e paura di cadere.

I sintomi sono spesso accompagnati con riduzione della propria autonomia e negli anziani spesso questo malessere si presenta con la necessità di essere accompagnati specialmente quando vanno a fare la spesa o nel passeggiare per strada. Nei casi più gravi i pazienti restano a letto per giorni se stanno male e non escono di casa.

Ma cos'è la vertigine?

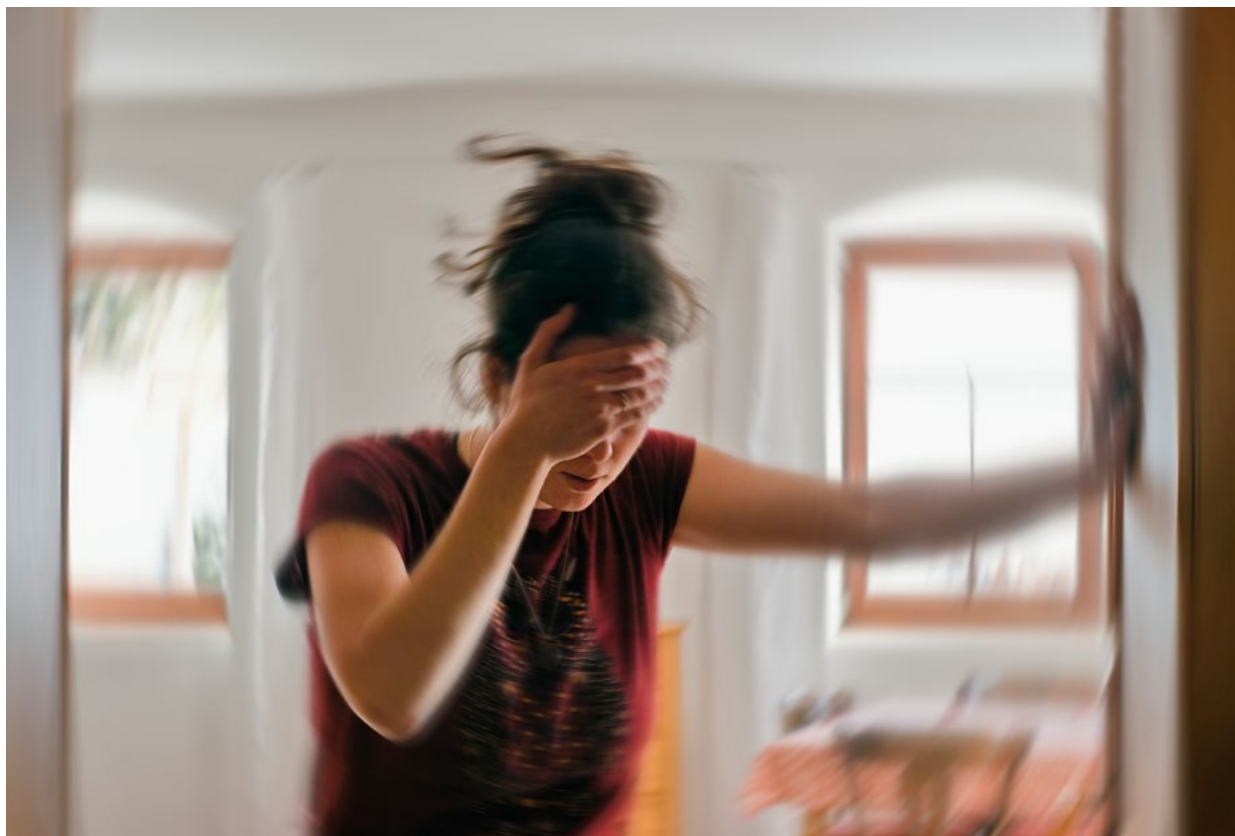
Con questo termine si intende una percezione di **rotazione** del proprio corpo come se ci si trovasse su di una giostra. Nell'orecchio interno ci sono i recettori gravitazionali (utrículo e sacco) ed i recettori rotazionali (i canali semicirculari) che ci permettono in associazione alle strutture del SNC di orientarci e navigare nello spazio. Una loro disfunzione o perdita di funzionalità crea importanti sintomi associati a movimenti del capo o nel movimento di tutti i giorni.

Questa sensazione può comparire in determinate posizioni per esempio quando ci si corica o ci si alza dal letto, quando si raccoglie un oggetto da terra o si alza la testa, in questi casi si parla di **vertigini posizionali** che rappresentano la causa più frequente di vertigine (circa l'80 %). La loro diagnosi è spesso data dalla semplice valutazione sul lettino eseguendo le manovre diagnostiche di ciascun canale semicirculari per evidenziare la patologia e successivamente trattarla con le associate manovre liberatorie.

La seconda forma più nota è la "**labirintite**" o meglio deficit vestibolare acuto, patologia infiammatoria su base virale che interessa per l'appunto il nervo vestibolare. In questo caso la sensazione di rotazione è continua e persiste per diversi giorni, è accompagnata da sintomi neurovegetativi anche importanti e **non si modifica con la posizione assunta**. Se non trattata in modo adeguato può richiedere anche diversi mesi prima di andare in contro a recupero funzionale che a volte può non essere completo.

La terza forma di vertigine di dipendenza otorinolaringoiatrica è la **Malattia di Menière**, caratterizzata dall'associazione di vertigine rotatoria importante preceduta o accompagnata da ipoacusia con senso di fullness auricolare sull'orecchio interessato. La Malattia di





Menière è causata dall'alterazione dell'endolinfa contenuta nell'orecchio interno e la sua origine può essere multifattoriale: autoimmune, associata ad alterazioni pressorie, disfunzione dell'ATM ecc., oltre che una forma familiare con trasmissione autosomica dominante.

Oltre a queste che sono le più note, anche patologie della tiroide e colpi di frusta sono associate a problemi di equilibrio con interessamento dell'orecchio interno.

Il primo approccio a questi pazienti è sicuramente sintomatico per ridurre il malessere sull'acuto, il paziente però deve essere subito indirizzato allo specialista otorinolaringoiatra il quale eventualmente sottoporrà il paziente alla valutazione strumentale.

Si può guarire dalle vertigini? Certo! Innanzitutto con una terapia farmacologica in acuto e successivamente con quella riabilitativa e comportamentale. Il sistema vestibolare è un punto di connessione tra periferia e centro di controllo con un sistema effettore di tipo propriocettivo e quindi la collaborazione tra otorino-neurologo e fisiatra con la presa in carico in Equipe è sicuramente la strategia vincente per affrontare e risolvere la patologia.

*Dott.ssa Manuela De Munari  
Specialista ORL*

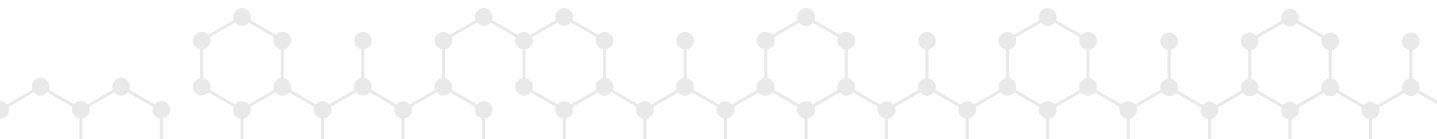
# La LONGEVITÀ DELLE “BLUE ZONE”

## Le aree geografiche dei centenari

Nel 2004 su “Experimental Gerontology”, due studiosi, Gianni Pes, allora epidemiologo presso l’Università di Sassari e Michel Poulain, demografo belga, presso l’Università di Lovanio, pubblicarono uno studio demografico sulla longevità umana, identificando la provincia di Nuoro come l’area con la maggiore concentrazione di centenari al mondo, tracciando una serie di cerchi concentrici blu, per indicare le zone con la maggiore longevità.

Nascono così le “Blue Zone”. Alla area dell’Ogliastra, antica regione storico – geografica in provincia di Nuoro e a quella della Barbagia, l’esploratore e divulgatore della “National Geographic Society”, Dan Buettner, con dati empirici e osservazioni personali, aggiungeva l’isola di Okinawa (Giappone), la penisola di Nycoia (Costa Rica), l’isola di Icaria (Grecia) e Loma Linda (California). Tutte queste venivano definite le cinque “Zone Blu”, tutte accomunate da una dieta a base di legumi, cereali integrali frutta fresca e secca.

La soia a Okinawa, le fave in Sardegna, i ceci ad Icaria, i fagioli neri a Nycoia. La Sardegna è stata la prima zona identificata con primato mondiale dei maschi centenari nel paese di Villagrande Strisaili abbarbicato sulle pendici del Gennargentu a 750 metri. Il secondo primato spetta ad una famiglia di Perdasdefogu (pietra di fuoco), paese di circa 1740 abitanti situato a 600 metri, in provincia di Nuoro, che insignita del “Guinness World Record” risulta la più longeva del pianeta. In questo paese i centenari censiti nel 2021 erano ben 8 e più di 40 avevano età superiore ai 90. I centenari nel continente sono uno su tremila residenti, quindi in Ogliastra, abbiamo un valore tredici volte superiore. Nel complesso, una quindicina di borghi per 57000 abitanti circa, condividono condizioni climatiche particolari con una forte tradizione agropastorale. Dall’altra parte del mondo, troviamo l’isola di Okinawa, la più grande dell’arcipelago di Ryukyu a 640 Km sud est del Giappone. Qui i centenari consumano la patata dolce, il tofu, le verdure del loro orto, (il famoso melone amaro, metà zuccina, metà cetriolo), la metà del quantitativo di riso del Giappone, la metà di sale, il doppio di pesce. Famosa è la Soki-Soba, (Soki=costoletta di maiale), un piatto tradizionale, che prevede l’alga Kombu (gusto umami), cipolle, palamita in scaglie per il brodo e costolette di maiale in agrodolce. Conosciuto in isola da oltre cinque secoli, il maiale è consumato in agrodolce in ogni sua parte, quindi, non carni processate, come invece accade in occidente. Altra “Zona Blu” è stata identificata nella penisola di Nicoia (Costa Rica). Con 20000 abitanti per una superficie di soli 310 Km<sup>2</sup>, le probabilità a 60 anni di raggiungere i 90 sono doppie rispetto al resto del paese. Ritornando in Europa troviamo l’isola di Icaria (Grecia), dove un ritmo lento





della vita, i pasti frugali, la dieta mediterranea (ceci), il consumo di caffè greco, garantiscono il controllo della pressione, con protezione endoteliale (secondo la rivista *Vascular Medicine*). Frutta, verdura, pesce e olio d'oliva sono alimenti abituali insieme ad una moderata, ma costante, attività fisica. L'influenza della genetica è valutata intorno al 25%, il resto è legato alla alimentazione con cibi non processati (cioè non industriali). Infine, negli Stati Uniti, la città di Loma Linda in California, dove 9000 abitanti su 23000 appartengono alla comunità degli "Avventisti del Settimo giorno". Hanno più di 10 anni di aspettativa di vita, rispetto agli altri comuni abitanti. Il loro credo impone abolizione del fumo e alcol, una dieta strettamente vegetariana (vietato il consumo di carne), regolare esercizio fisico.

In tutti questi casi, emerge un consumo costante di legumi, che per la ricchezza di fibre, riducono la glicemia e il colesterolo, (incubo della società occidentale), sono sazianti e riducono il senso di fame. Anche il consumo regolare di frutta secca (noci, nocciole, mandorle...) riduce la mortalità (30 gr/die già sgusciata), ma i legumi sono al primo posto.

Uno studio poderoso, ha dimostrato che il consumo regolare di semi, fa guadagnare circa 11, 5 anni di vita. Grazie ai legumi, 2, 4 anni, con i cereali integrali 2, 2, con le noci 1, 9 e altri 1, 8 grazie alla riduzione di salumi e carni lavorate, 1, 8 con la riduzione del consumo di carne rossa fresca. Iniziare un cambiamento non è poi così difficile, anche per condizionare in senso favorevole il microbiota intestinale, riducendo i frequenti casi di stipsi e di colon

irritabile. Iniziare gradualmente il cambiamento, sostituendo al latte un fermentato come lo yogurt (quello vero, fatto solo di latte, *Lactobacillus Bulgaricus* e *Streptococcus thermophilus*), sostituire il pane bianco con quello integrale (riduzione della glicemia e colesterolo), dolci industriali sostituiti da quelli senza zucchero (non con edulcoranti artificiali).

Come aperitivo 20 -25 mandorle, e poi, regolare attività fisica, anche solo camminando. È stato dimostrato che anche solo con il cammino, cinquemila passi al giorno, pari a circa 3, 4 chilometri (circa 100 km/mese), potremmo ridurre l'impiego di molti farmaci, prospettandoci una vita più lunga, sana e appagante.

*Dott. Flavio Dusio - medico chirurgo  
Spec. in scienza della alimentazione  
e dietologia*

*Accademico della cucina italiana - Novara*

# RICORDO DELLA DOTT. PAOLA PESSINO

Di Paola ognuno ha un suo personale ricordo, ma tutti ricorderanno il suo sorriso e la sua dolcezza.

Pediatra attenta nella cura dei piccoli pazienti ed empatica nei confronti della famiglia.

Ha svolto la sua professione in collaborazione con altre colleghe, perché credeva nella Pediatria di Gruppo come possibilità di offrire ai pazienti una cura migliore.

Quando ho passato il testimone di Capo Equipe ha accolto con entusiasmo questo nuovo incarico e lo ha svolto egregiamente.

Paola era piena di interessi e aveva la dote del canto che ha coltivato nella sua vita privata.

Con affetto,

*Cristina Gigli*



# ALLA MEMORIA DI EUGENIO BORGNA

"Ho sempre avuto la percezione acutissima dell'imprevedibile. Il morire era per me una possibilità immanente a trent'anni e adesso", diceva Eugenio Borgna in un'intervista di qualche tempo fa.

Eppure la notizia della sua morte è stata accompagnata, in molti di noi, allievi ed amici, da incredulità: forse perché sapevamo che, a 94 anni, Eugenio continuava, infaticabile, a dedicare il suo tempo ai pazienti, a leggere e a scrivere pagine bellissime. Forse perché in un'epoca come l'attuale - sempre più spesso segnata dal deserto di una psichiatria senza anima e senza cuore, senza slancio creativo e motivazionale, caratterizzata da una dimensione essenzialmente biologica, dove il paziente è distanziato e ridotto a caso clinico, secondo la logica della medicalizzazione e del controllo - una voce come quella di Eugenio Borgna, testimonianza radicale di una psichiatria volta a cogliere le intermittenze del cuore, le radici umane della follia e il senso della sofferenza, non può tacere. Forse perché i Maestri non dovrebbero morire. O, forse più semplicemente, perché gli abbiamo voluto bene.

Abbiamo voluto bene a quest'Uomo gentile e generoso d'animo, medico dall'autentica vocazione umanistica, che ha rappresentato l'espressione più alta della psichiatria italiana, scrittore profondo, raffinato, coltissimo, anima poetica, insaziabile nell'esplorazione del mondo interiore, con una sensibilità che gli ha consentito di offrire la possibilità di un dialogo improntato innanzitutto all'ascolto, alla comprensione e alla immedesimazione, a "persone che stanno male, che hanno bisogno di essere riconosciute nella loro fragilità e nella loro solitudine, nelle loro nostalgie e nelle loro speranze, nel loro desiderio di ascolto e di vicinanza umana".

Il professor Eugenio Borgna continua a vivere nel nostro ricordo e in ciò che ci ha generosamente lasciato: seminari, conferenze, lezioni universitarie, relazioni a convegni, articoli specialistici - centinaia - e poi i libri - libri straordinari per bellezza, per intensità emotiva, per lucidità d'analisi e per passione - con cui Borgna, a partire dalla fine degli anni Ottanta, si è segnalato all'attenzione di un pubblico sempre più numeroso: *I conflitti del conoscere*, *Malinconia*, *Come se finisse il mondo*, *Le figure dell'ansia*, *Noi siamo un colloquio*, *L'arcipelago delle emozioni*, *Le intermittenze del cuore*, *L'attesa e la speranza*, *Il volto senza fine*, *Come in uno specchio oscuramente*, *Le emozioni ferite*, *La solitudine dell'anima*, *Il tempo e la vita*, *La follia che è anche in noi*, *Di armonia risuona e di follia*, *L'indicibile tenerezza*, *Mitezza*, *Sull'amicizia*, *In ascolto del silenzio*, *Tenerezza*, *Speranza e disperazione*, solo per citarne alcuni.



Pagine bellissime per chi si muove nell'orizzonte della psichiatria e della psicologia, ma anche della poesia, dell'arte, della letteratura, della filosofia e dell'antropologia, discipline strettamente connesse con le espressioni più radicalmente rivelatrici dei sentimenti che nell'animo umano si annidano. Testimonianza di una sconfinata cultura e di una ricerca ininterrotta e personalissima, divulgata con estremo rigore metodologico, in uno stile unico e inimitabile.

Ricerca che ha accompagnato la vita culturale e scientifica del professor Eugenio Borgna: la tesi di laurea a Torino nel '53, la libera docenza in Clinica delle malattie nervose e mentali nel '62, il primariato nell'anno successivo, a soli 33 anni, all'Ospedale Psichiatrico di Novara, dove incontra Morselli, allora direttore, che, in un orizzonte psicopatologico di marca minkowskiana e jaspersiana, stava scrivendo, da anni, lavori francamente innovativi rispetto alla psichiatria del tempo.

Nel 1970 succede a Morselli nella direzione del secondo Ospedale Psichiatrico di Novara. In quel momento (direi dal '64, scorrendo la ricchissima bibliografia degli scritti di Eugenio Borgna) gli iniziali interessi neurologici lasciano il posto ad una psichiatria nettamente improntata all'esperienza clinica e, insieme, nutrita dal confronto della riflessione filosofica e antropologica. Una psichiatria che di fatto lo ha accompagnato nel corso della sua vita: psichiatria di matrice fenomenologica che si nutre delle suggestioni della psicopatologia di Jaspers, di Minkowski, della fenomenologia di Husserl e infine di Heidegger.

Una psichiatria che Borgna ha magistralmente insegnato, in università, ad una generazione di psichiatri. Ricordo, alla fine degli anni '70, dotte e splendide lezioni sulle grandi figure della malinconia, della schizofrenia, del delirio, delle allucinazioni. Dietro a questi appassionati seminari si coglieva anche il rifiuto degli strumenti di una psichiatria violenta, antiterapeutica, appiattita su una cultura di matrice custodialistica, fatta di terapie di shock e di metodi di contenzione.

Nel 1978, l'anno della legge Basaglia, Eugenio Borgna lascia l'Ospedale Psichiatrico per dirigere il Reparto di Psichiatria dell'Ospedale Maggiore e i neonati Servizi Psichiatrici Territoriali della nostra città.

È un lavoro, quello territoriale, ben lontano da quello dell'istituzione manicomiale, ma non meno problematico all'interno di un mondo psichiatrico dove convivono anime profondamente diverse. Instancabili sono allora gli inviti di Borgna a riflettere sul significato e sull'uso a volte improprio ed eccessivo dei farmaci, a riflettere sulla diagnosi nella sua fredda e impersonale dimensione categoriale, sulla rigidità di classificazioni nosologiche ossificate e computerizzate che nulla hanno a che fare con una psichiatria che vuole essere invece incontro ed ascolto, relazione autentica con il paziente, analisi del vissuto soggettivo, recupero dell'interiorità, dell'intersoggettività e dell'attribuzione di senso anche di fronte alla più enigmatica e straziante esperienza psicotica, dove pur sempre è possibile cogliere una profonda realtà umana e psicologica se ci si accosta con un atteggiamento di forte immedesimazione emotiva, con 'cuore caldo' come direbbe Manfred Bleuler e come ha sempre fatto Eugenio con i suoi pazienti.

È quella di Borgna una psichiatria aperta ad ascoltare le voci palpitanti della vita interiore. Aperta ad ascoltare i luoghi della interiorità che stanno a fondamento tanto delle discipline artistiche e letterarie quanto del nostro lavoro quotidiano. Aperta ad ascoltare le emozioni.

"Cosa è mai la psichiatria, se non dare una mano a una persona che sta naufragando nell'angoscia e nella disperazione?", mi disse un giorno, con semplicità, nel corso di una nostra conversazione, citando un grande psichiatra del secolo scorso.

È questa la psichiatria che Eugenio Borgna ci ha insegnato.

E allora, ancora una volta, grazie, Eugenio, per averci indicato il volto di una psichiatria radicalmente umana: una psichiatria del pensiero e delle passioni, le passioni ascoltate e quelle provate, dell'incontro e del dialogo, dell'accoglienza e della ricerca di senso, secondo la logica del diritto di cittadinanza in una società dove il mondo della follia e il mondo della ragione posano, senza contrapporsi, ritrovarsi e riconoscersi nel denominatore comune della condizione umana.

*Domenico Nano*