

novara medica

BOLLETTINO
TRIMESTRALE

anno XXXIII
numero 2
aprile
2022

In evidenza:

*Verbale Assemblea Ordinaria | pag. 7
Novara Odontoiatrica N. 2-2022 | pag. 17*



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**



La leggerezza è nella nostra natura.



Per il tuo benessere quotidiano
scegli l'acqua più leggera d'Europa.

Residuo fisso
14 mg/l

Sodio
0,88 mg/l

Durezza
0,60 °f

	residuo fisso in mg/l	sodio in mg/l	durezza in °f
Lauretana	14	0,88	0,60
Monte Rosa	16,1	1,2	0,64
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.
Nestlé Vera Fonte In Bosco	162	2	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.

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



LAURETANA

L'acqua più leggera d'Europa

consigliata a chi si vuole bene

Segui la leggerezza    www.lauretana.com

In copertina: vista della torre della Basilica
di San Gaudenzio © Shutterstock.com

SOMMARIO

● L'Ordine al lavoro	
Dal Consiglio Direttivo	4
Assemblea Ordinaria	7
● News da...	
FNOMCEO	9
ASL NO - AOU	12
FEDERSPEV	16
● Novara Odontoiatrica N. 1-2022	
Congresso ANDI - Parte 2 ^a	17
Rapporto sullo stato della Professione Odontoiatrica	22
Divieto di pubblicizzare dispositivi protesici	27
● Cultura	
Premio Letterario Internazionale città di Arona	28
● Medicine in pillole	
Ospedale e Territorio	30
Adolescenza al tempo del covid	32
● Divagazioni storiche	
DXL anni dell'Ospedale Maggiore della Carità	37
● Lavagna	
Ricordo della Dott.ssa Dell'Occhio	39
Olio di semi di girasole alto oleico	40
● Sostituzioni	42

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

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO...

VERBALE RIUNIONE CONSIGLIO 25 GENNAIO 2022

Il giorno 25 Gennaio 2022 alle ore 21 presso la Sede dell'Ordine, si riunisce il Consiglio Direttivo.

Sono presenti: Barberi, Boldorini, Bonomo, Brustia, Cusinato, Crosta, D'Andrea, De Regibus, Degrandi, Dugnani, Falletta, Gatti, Gigli, Gugino, Pulselli, Rognoni ed il Revisore Angioni.

Assente giustificato: Montecucco

Presiede: D'Andrea, Segretario Degrandi

1. *Letture e approvazione verbale seduta precedente*

Viene letto ed approvato il verbale della seduta del 14.12. 2022.

2. *Comunicazioni del Presidente*

Il Presidente relaziona in merito alla riunione a Torino con l'Assessore alla Sanità in merito al Piano di Ripresa e Resilienza da attuare in Piemonte. Il dott. D'Andrea ed altri presidenti di Ordini hanno sollevato il problema della carenza di personale Medico. Successivamente alla riunione regionale si è tenuto un incontro con l'Università dove è emersa la difficoltà legata alla carenza di personale anche in sede Universitaria. È stato portato avanti il discorso di utilizzare il più possibile gli specializzandi anche sul territorio.

Il Presidente ha sottolineato che, in una situazione emergenziale, come quella attuale, bisognerebbe adottare provvedimenti di emergenza cioè utilizzare i neolaureati anche in attesa di ingresso in specializzazione. Questo resta comunque un problema da risolvere a livello politico nazionale ed europeo.

Il Prof. Boldorini aggiunge che l'inserimento degli specializzandi sul territorio non è così semplice e, inoltre, la situazione su scala nazionale penalizza le specialità meno attrattive.

Il Presidente sottolinea anche che i medici che scelgono branche meno attrattive dovrebbero essere incentivati anche economicamente.

Bisognerebbe elaborare un documento che riassume tutte queste criticità.

La situazione non è migliore sul territorio con i Medici di base sempre più oberati.

Il Prof. Boldorini propone di riunirsi con i Colleghi ospedalieri Brustia, Gatti, Dugnani e Cusinato.

Anche i MMG dovrebbero elaborare un documento per la loro parte.

Convegni ECM

Il 19 Febbraio si terrà il Convegno di Cardiologia, il

26 Marzo in collaborazione con il Kiwanis al Broletto organizzeremo un Convegno sul Disagio Giovanile. Sono in programma altri Convegni su: Medicina di Genere, Ginecologia e Oncologia, Diabetologia, Ebsco, Chirurgia Pediatrica e Oculistica.

Riprenderanno anche le serate di Mettiamo in Ordine le idee che si svolgeranno al teatro Faraggiana. Il dott. Bonomo ha contattato anche il dott. Cottarelli. Il dott. D'Andrea propone Cingolani e Barbero.

Sempre presso il Faraggiana si terrà il 28 Febbraio p.v. l'Assemblea annuale degli iscritti, alla quale verrà invitato ad intervenire anche il Sindaco di Novara.

3. *Approvazione bilanci consuntivo 2021 e preventivo 2022*

Vengono approvati i bilanci consuntivo 2021 e preventivo 2022.

4. *Variazioni Albi Professionali*

NUOVA ISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI

Dott. TERAZZI Erica Inverio N. 4645

ISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO

Dott. BOSSI Daniela da Varese N. 4646

CANCELLAZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO

Dott. MARINACCI Monica a Rieti N. 4416

Dott. PONTIROLI Luisa al VCO N. 3088

Dott. TRECATE Lara al VCO N. 3155

CANCELLAZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER DIMISSIONI

Dott. GIAMPIETRI Isabel Novara N. 4630

Dott. ILDEBRANDO Giovanna Sanremo N. 1892

Dott. MANCA Arianna Novara N. 4501



CANCELLAZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER DECESSO

Dott. DIFONZO Tommaso San Pietro Mosezzo N. 1361

ISCRIZIONE ALBO ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO

Dott. SAVIOTTI Fabrizio da Pavia N. 596

CANCELLAZIONE ALBO ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO

Dott. SANTORO Jessica a Firenze N. 529

CANCELLAZIONE ALBO ODONTOIATRI PER DIMISSIONI

Dott. SMARANDACHE Ana Novara N. 574

RICONOSCIMENTO ATTIVITÀ PSICOTERAPUETICA

Dott. VANELLI Irene Milano N. 3942

5. *Sospensioni per mancato assolvimento obbligo vaccinale*

Vengono ratificate le delibere presidenziali di sospensione di revoca delle sospensioni relative all'effettuazione dei vaccini antiCovid.

6. *Questioni amministrative*

Viene approvata la delibera dello stanziamento del Fondo risorse decentrate per l'anno 2022 per il personale dell'Ordine.

Viene deliberato il preventivo della Ditta C.F. IMPIANTI di Ceccaroni Fabio per l'acquisto di un dispositivo per il riarmo del contatore elettrico in caso di mancanza di energia elettrica. Il dr. Degrandi

richiede che, oltre all'installazione del nuovo dispositivo, venga controllato contestualmente anche l'impianto elettrico dei locali, ormai datato, in modo da ottenere dal professionista una certificazione di conformità a tutela del personale dell'Ordine e di chiunque vi acceda.

Viene esaminata la richiesta di aumento dei costi per la stampa di Novara Medica. Si decide di mantenere 4 numeri all'anno come per il 2021 e di istituire una newsletter online per le notizie più immediate.

7. *Pubblicità sanitaria*

Nessuna

8. *Varie ed eventuali*

Verrà convocata una Commissione Medica per il procedimento a carico del dott. XY.

Alle ore 23 la seduta è tolta.

VERBALE RIUNIONE CONSIGLIO 22 FEBBRAIO 2022

Il giorno 22 Febbraio 2022 alle ore 21 presso la Sede dell'Ordine, si riunisce il Consiglio Direttivo
 Sono presenti: Boldorini, Bonomo, Brustia, Cusinato, Crosta, D'Andrea, De Regibus, Degrandi, Dugnani, Falletta, Gatti, Gigli, Montecuccio e Pulselli ed il revisore Angioni.
 Assenti giustificati: Barberi, Gugino e Rognoni.

1. *Letture e approvazione verbale seduta precedente*

Viene letto ed approvato il verbale della seduta del 25.01.2022

2. *Comunicazioni del Presidente*

Il Presidente riferisce sugli ottimi risultati ottenuti dal Convegno di cardiologia che si è tenuto il 19.02 u.s.

Alla luce della nuova nota 100 che entrerà in vigore i primi di aprile viene sollecitata l'organizzazione del Convegno sulla Diabetologia. Occorrerà chiedere l'uso dell'Aula Magna dell'Ospedale o dell'Università. Il ciclo delle serate di Mettiamo in Ordine le idee è stato definito, mercoledì prossimo si terrà la Conferenza stampa alla quale il dott. Bonomo propone di invitare anche Vanni Vallino del Teatro Faraggiana. La dott.ssa Falletta riferisce che i Corsi EBSCO vengono organizzati nelle riunioni di Equipe. Il primo si terrà il 1° Marzo e coinvolgerà 3 Equipes.

Il Dott. De Regibus propone al Consiglio di individuare un Medico specialista in Medicina dello Sport al quale assegnare una Borsa di Studio intitolata al Dott. Difonzo

Si sentirà il Prof. Boldorini.

3. *Variazioni Albi Professionali*

ISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO

Dott. LORENZON Mauro	da Torino	N. 4647
Dott. ORIENTE Domenico	da Siracusa	N. 4648
Dott. POMPA Clea Patrizia	da Milano	N. 4649
Dott. TREVES Barbara	da Torino	N. 4650

CANCELLAZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO

Dott. MANGANO Sveva	Bergamo	N. 4142
---------------------	---------	---------

CANCELLAZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER DECESSO

Dott. DELL'OCCHIO Daniela	Prato Sesia	N. 583
Dott. SORBELLO Pierangela	Novara	N. 2076

NUOVA ISCRIZIONE ALBO ODONTOIATRI

Dott. PELLYNO Yuliya	Arona	N. 597
----------------------	-------	--------

4. *Questioni amministrative*

Vengono ratificate le revoke delle sospensioni per avvenuta vaccinazione o per positività al Covid.

Viene deliberato di delegare alle attività di sportello e online sul Conto corrente dell'Ordine presso Banca Intesa N. 12771 il Sig. GARONI Francesco, dipendente dell'Ordine dal 1° Maggio 2021.

Viene deliberato l'acquisto di un nuovo PC. Viene approvato il preventivo presentato dalla ISC Informatica al prezzo di € 894 + 225 pacchetto Office + IVA.

5. *Varie ed eventuali*

Viene rilasciato il patrocinio al Circolo Culturale Omedei Zorini per la XXIV Edizione del Premio Letterario Internazionale Città di Arona. Verrà divulgata l'iniziativa a tutti gli Ordini d'Italia.

Problema delle lettere inviate dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale all'ASL per utilizzare il modello preparato dalla Radiologia per gli esami con mezzo di contrasto. Il presidente parlerà con il dott. Leighb.

Alle ore 22,30 la seduta è tolta.

ALBO MEDICI CHIRURGHI N. 2287	ALBO ODONTOIATRI 296 (143 D.I. + 153)	ANNOTAZIONE PSICOTERAPIA N. 88	ALBO S.T.P. N. 3	REGISTRO M.N.C. N. 41
-------------------------------------	---------------------------------------------	--------------------------------------	---------------------	--------------------------

assemblea ORDINARIA

VERBALE ASSEMBLEA ORDINARIA 28 FEBBRAIO 2022

Il Presidente Dott. Federico D'Andrea, ringrazia i presenti e constatata la presenza del numero legale, dichiara aperta l'Assemblea.

Cede la parola al Segretario dell'Ordine Dott. Marco Degrandi, per la lettura del verbale della seduta dell'anno scorso 04.03.2021.

Inizia la seduta con la commemorazione dei Colleghi deceduti nell'anno 2021:

Dott. BRUSA Lorenzo	Novara
Dott. CATINELLA Marcello	Novara
Dott. MAGGI Giuseppe	Novara
Dott. MAZZINI Giovanni Valerio	Novara
Dott. MONTANINI Antonio	Novara
Dott. SARTORE Aldo	Varallo Pombia
Dott. SCAVO Patrizia	Cameri
Dott. SESSA Giuseppe	Novara
Dott. SPREAFICO Luca	Borgomanero
Dott. TADDIA Agostino Marino	Novara
Dott. VIANA Paolo	Oleggio

Deceduti nel 2022:

Dott. DIFONZO Tommaso	San Pietro Mosezzo
Dott. PEONA Carla	Novara
Dott. DELL'OCCHIO Daniela	Prato Sesia
Dott. SORBELLO Pierangela	Novara
Prof. VERZETTI Giuseppe	Novara

Segue un minuto di silenzio.

Vengono inoltre premiati con una medaglia d'oro i medici che hanno raggiunto i 50 anni di laurea nel 2021:

Dott. CROCE SANDRO	RAPALLO
Dott. FACCENDA PIER ANGELO	NOVARA
Dott. FORTINA ALBERTO	NOVARA
Dott. GAMBERINI ANDREA	NOVARA
Dott. GANDINI CESARE	ARONA
Dott.ssa MAINI PIERA	BUSTO ARSIZIO
Dott. MARTINENGO CARLO	NOVARA
Dott. MORTARA FRANCO	NOVARA
Dott. OGNO GERARDO	NOVARA
Dott. PASETTI CARLO	NOVARA
Dott. PIA FRANCESCO	NOVARA
Dott. POZZOLI GIORGIO	NOVARA
Dott. SPANNA GIANDOMENICO	AMENO



Dott. STEFFANINI MAURIZIO	NOVARA
Dott. TINIVELLA ERNESTO NATALE	NOVARA
Dott. TORTI GIANCARLO	NOVARA
Dott. TOSI MASSIMO	ARONA

Si procede quindi alla lettura del giuramento di Ippocrate che viene effettuata dal Dott. CARLETTI Andrea.



RELAZIONE DEL PRESIDENTE

Il Presidente relaziona poi sull'attività dell'Ordine nell'anno 2021.

Il Consiglio Direttivo si è riunito N. 12 volte per discutere di varie problematiche inerenti le varie attività professionali.

La Commissione Medica si è riunita N. 2 volte.

La Commissione Odontoiatrica si è riunita N. 3 volte e non è stato aperto alcun procedimento disciplinare.

TOTALI ISCRITTI AL 31/12/2021

ALBO MEDICI CHIRURGHI	N. 2291
uno in più rispetto al 2020	
ALBO ODONTOIATRI	N. 296
due in più rispetto al 2020 (143 D.I. + 153)	
ANNOTAZIONI PSICOTERAPIA	N. 87
invariati	
ALBO S.T.P.	N. 3
invariati	
REGISTRO M.N.C.	N. 41
sei in più rispetto al 2020	

L'Ordine ha continuato a partecipare attivamente alla gestione dell'emergenza sanitaria presenziando a varie Commissioni Provinciali e Regionali per la gestione delle criticità dell'emergenza Covid 19 in favore degli iscritti e della popolazione tutta.

L'Ordine ha inoltre assicurato il proprio patrocinio a numerose iniziative culturali dopo averne attentamente vagliato la serietà e l'impegno dei programmi tra cui il Congresso NAZIONALE ATVB 2021, la Campagna Nastro Rosa organizzata dalla LILT sezione di Novara, la XXIII Edizione del Premio Letterario Internazionale Città di Arona promosso dal Circolo Letterario città di Arona e la Maratona diffusa organizzata dall'Associazione A.M.A.

Purtroppo a causa della pandemia sono state sospese le serate di METTIAMO IN ORDINE LE IDEE che sono già state programmate per quest'anno.

Sono invece ripresi i Convegni I Sabati ECM dell'Ordine. A Ottobre si è tenuto un convegno sul tema: RISCHIO CLINICO E SICUREZZA NELL'ERA COVID 19, a Novembre IL PERCORSO DELLA MALATTIA RENALE CRONICA e a Dicembre IL DECLINO COGNITIVO NELL'ANZIANO FRAGILE.

Si è appena svolto un Convegno di Cardiologia e sono in programma altri corsi per quest'anno su vari temi tra cui: disagio giovanile, oculistica, medicina di genere, ginecologia e oncologia, EBSCO, chirurgia pediatrica e i nuovi ipoglicemizzanti orali, i cui programmi verranno inviati



agli iscritti non appena disponibili.

Novara Medica ha continuato la sua pubblicazione, alla stampa del Bollettino si affiancherà per l'anno prossimo l'invio di una Newsletter per una più puntuale informazione agli iscritti.

È continuata la collaborazione con l'Università con la quale sono state approfondite alcune problematiche di applicazione della nuova convenzione in base alle nuove normative.

È stato tempestivamente aggiornato il nuovo sito internet dell'Ordine con ogni notizia utile alla categoria.

Un sentito ringraziamento a tutti i componenti il Consiglio Direttivo e agli impiegati dell'Ordine, per la loro attiva partecipazione e disponibilità.

Passa poi la parola al Dott. Gianluca De Regibus tesoriere dell'Ordine, per la presentazione del bilancio consuntivo 2021 e preventivo 2022.

Interviene infine il Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti Dott. NICOLA Mauro che conferma la regolarità delle scritture contabili e la corrispondenza tra l'avanzo di amministrazione e quanto depositato sul conto dell'Ordine al 31.12.2021.

I bilanci consuntivo 2021 e preventivo 2022 vengono approvati dall'Assemblea all'unanimità.



nota 100

Terapia del diabete mellito tipo 2

Si ritiene opportuno segnalare che l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) il 25 gennaio 2022 con l'introduzione della Nota 100 ha evidenziato che la classificazione dei farmaci utilizzati nella terapia del diabete mellito tipo 2 in base ai rispettivi regimi di fornitura subisce le seguenti modifiche:

- la prescrizione di SGLT2i, GLP1-RA, DPP4i passa da A/RRL a A/RR/Nota 100;
- la prescrizione delle associazioni di SGLT2i, GLP1-RA, DPP4i con altri principi attivi non in Nota (ad esempio metformina o insulina) passa da A/RRL a A/RR/Nota 100;
- la prescrizione delle associazioni di SGLT2i e DPP4i rimane in A/RRL (compilazione a carico di centri ospedalieri o specialisti internista, endocrinologo, geriatra).

Con l'introduzione della Nota 100, si conferma la metformina come farmaco di prima scelta per il trattamento del diabete mellito tipo 2, salvo controindicazioni o intolleranza.

La prescrizione di SGLT2i, GLP1-RA, DPP4i (in associazione o in sostituzione di altri farmaci) è prevista qualora uno schema terapeutico contenente metformina (da sola o in associazione) non sia sufficiente al raggiungimento/mantenimento dell'obiettivo individuale stabilito di emoglobina glicata (HbA1c).

La Nota 100 fornisce, inoltre, indicazioni preferenziali di utilizzo tra SGLT2i, GLP1-RA e DPP4i nel paziente con malattia cardiovascolare o malattia renale cronica o ad alto rischio di malattia cardiovascolare.

La prescrizione di tutti i farmaci inseriti in Nota 100 è associata alla compilazione di una scheda di valutazione e prescrizione, disponibile in una prima fase in modalità cartacea - pdf editabile -, sia da parte dello specialista che da parte del Medico di Medicina Generale.

La scheda di valutazione e prescrizione è disponibile in due versioni: 1) scheda di prima prescrizione, da compilare nel caso di un paziente che inizia il trattamento con uno dei farmaci in Nota; 2) scheda di rinnovo della prescrizione, da compilare nel caso di un paziente già in trattamento con uno dei farmaci in Nota e che continua con lo stesso o lo sostituisce con un altro farmaco in Nota.

La Nota 100 consente al MMG di prescrivere le opportune terapie necessarie a gestire il trattamento del diabete, anche in una fase di controllo non ottimale, e di considerare la necessità di una eventuale valutazione da parte dello specialista.

Le associazioni, estemporanee o precostituite, tra farmaci oggetto della Nota rimangono una prescrizione specialistica in quanto parte di una valutazione più complessa di competenza dei Centri dedicati al trattamento del diabete.

Cordiali saluti

*Il Presidente
Dott. Filippo Anelli*

MEDICINALI a BASE DI IRINOTECAN

Riduzione della dose iniziale per diminuire il rischio di neutropenia e diarrea indotte da irinotecan in pazienti con le varianti UGT1A1*28 e *6.

Si ritiene opportuno segnalare che l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) il 31 gennaio 2022 ha emanato una nota informativa concordata con l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) sulle nuove informazioni relative alla sicurezza del medicinale a base di irinotecan aggiornando gli operatori sanitari sugli elementi chiave emersi:

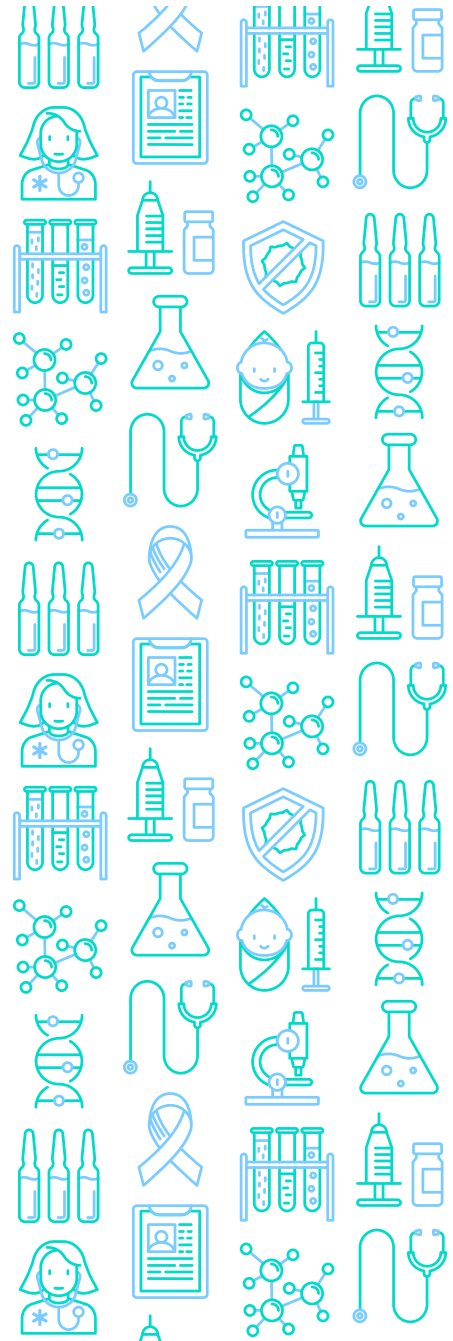
- Pazienti con ridotta attività dell'UGT1A1 (ad es. omozigoti per le varianti UGT1A1 *28 o *6, come nella sindrome di Gilbert) hanno un rischio maggiore di manifestare neutropenia e diarrea severa a seguito del trattamento con irinotecan. Questo rischio aumenta con l'incremento della dose di irinotecan.
- Deve essere presa in considerazione una riduzione della dose iniziale di irinotecan per i pazienti che sono metabolizzatori lenti dell'UGT1A1, sebbene la riduzione esatta della dose iniziale non sia stata stabilita, in particolare per coloro a cui vengono somministrate dosi $>180 \text{ mg/m}^2$ o per i pazienti fragili. È necessario tenere in considerazione le linee guida cliniche applicabili per le raccomandazioni sul dosaggio in questo gruppo di pazienti. Le dosi successive possono essere aumentate in base alla tolleranza individuale del paziente al trattamento.
- È possibile ricorrere alla genotipizzazione dell'UGT1A1 per identificare i pazienti che hanno un rischio maggiore di manifestare neutropenia e diarrea severa; tuttavia, l'utilità clinica della genotipizzazione pretrattamento non è certa, poiché il polimorfismo dell'UGT1A1 non giustifica i livelli di tossicità osservati con la terapia a base di irinotecan.

L'AIFA ha, inoltre, ribadito l'importanza della segnalazione, da parte di tutti gli operatori sanitari, delle sospette reazioni avverse associate all'uso di irinotecan rammentando che le segnalazioni di sospetta reazione avversa da farmaci devono essere inviate al Responsabile di Farmacovigilanza della struttura di appartenenza dell'operatore stesso.

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



COVID, Fnomceo

Dal 24 febbraio ad oggi oltre 5000 nuovi decessi. Non dobbiamo dimenticarci di quest'altra guerra.

"Dal 24 febbraio, giorno di inizio del conflitto in Ucraina, ad oggi abbiamo superato la soglia dei 5000 morti per Covid: con i dati odierni arriviamo a 5018 nuovi decessi. Non dobbiamo dimenticarci di quest'altra guerra, che fa meno rumore ma che continua a mietere tante, troppe vittime".

È il monito del Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli.

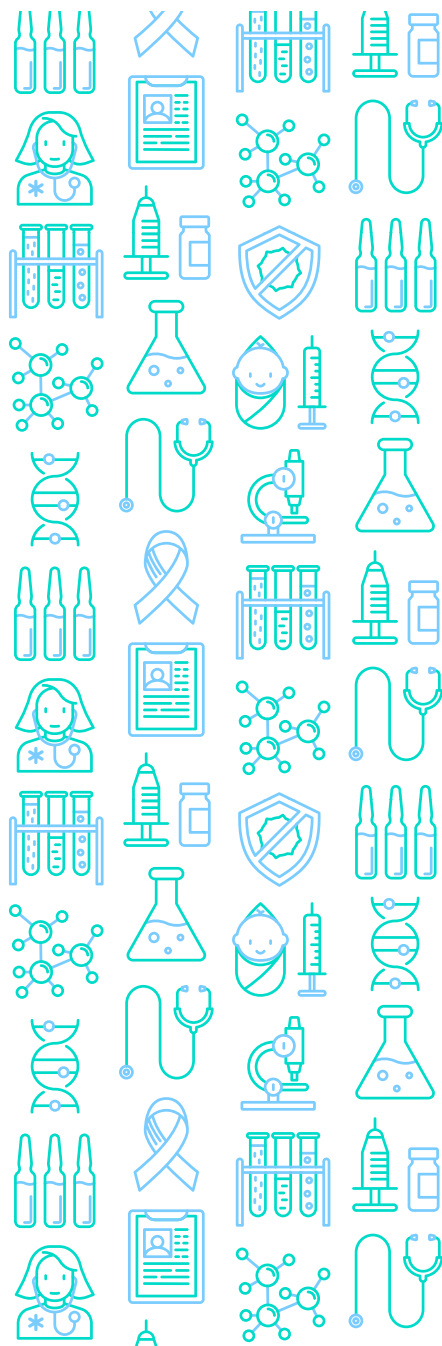
"Incoraggiamo il Ministro della Salute, Roberto Speranza, a spingere per l'adozione di tutte le misure necessarie per raffreddare le curve, abbattere i contagi e, di conseguenza, ridurre la mortalità, ancora troppo elevata - aggiunge -. Invitiamo il Governo a non abdicare al ruolo di rendere sicuri i rapporti sociali, in nome di una certo auspicata ma non ancora raggiunta fine della pandemia".

"Gli italiani si sono vaccinati, con coperture così alte, proprio per poter svolgere serenamente e in sicurezza una vita sociale - spiega -. Oggi invece rischiamo di trovarci accanto sui mezzi pubblici, a teatro, al cinema, un positivo; senza saperlo. Il sistema di tracciamento rischia di saltare: dal primo maggio, senza più obbligo di green pass, non ci sarà più un'incentivazione a fare tamponi presso le strutture autorizzate. C'è una forte probabilità di una gestione "fai da te", che eluda la registrazione dei risultati e quindi il tracciamento dei contatti e la comprensione dei meccanismi di diffusione".

"Anche l'eliminazione di quei meccanismi che differenziavano i vaccinati dai non vaccinati non è per ora auspicabile, sia dal punto di vista medico, perché comunque i dati dimostrano che il vaccino protegge dalla malattia grave, sia per una premialità che incentivi la vaccinazione stessa - conclude Anelli -. Invitiamo dunque il Governo e il Parlamento a intervenire, nell'iter di conversione del Decreto - Legge 24, perché siano introdotti emendamenti volti a una maggior prudenza e gradualità nell'uscita dall'emergenza. La convivenza con il virus non deve costarci un prezzo troppo alto in termini di salute".

"Anche l'eliminazione di quei meccanismi che differenziavano i vaccinati dai non vaccinati non è per ora auspicabile, sia dal punto di vista medico, perché comunque i dati dimostrano che il vaccino protegge dalla malattia grave, sia per una premialità che incentivi la vaccinazione stessa - conclude Anelli -. Invitiamo dunque il Governo e il Parlamento a intervenire, nell'iter di conversione del Decreto - Legge 24, perché siano introdotti emendamenti volti a una maggior prudenza e gradualità nell'uscita dall'emergenza. La convivenza con il virus non deve costarci un prezzo troppo alto in termini di salute".

Ufficio Stampa Fnomceo



NOTIZIE VARIE



DISAGIO GIOVANILE: «CREARE UNA RETE DI SPECIALISTI»

«Creare una rete di specialisti»: è il messaggio lanciato durante il convegno ("Il disagio giovanile, com'è difficile crescere") organizzato dall'Ordine dei medici e degli odontoiatri della Provincia di Novara in collaborazione con Kiwanis Monterosa Novara, con il patrocinio del Comune, della Provincia, dell'Ufficio scolastico regionale, dell'Asl Novara, dell'Aou e dell'Upo.



«È stato un simposio di grande qualità, che ha saputo sviscerare le molteplici tematiche legate a una problematica sempre più sentita dalla popolazione giovanile, dalle relative famiglie e dalle strutture scolastiche» ha commentato il presidente dell'Ordine dei medici, il dott. Federico D'Andrea. Se l'esigenza di creare una rete che metta in relazione specialisti e medici di medicina generale è stato il primo suggerimento, il secondo ha riguardato l'ambito scolastico: anche in questo caso è emersa l'urgenza di strutturare un rapporto simbiotico tra scuola e medici di famiglia e specialisti.

Al convegno hanno portato il loro contributo anche l'Assessora comunale Giulia Negri e la consigliera provinciale Annaclara Iodice.



SANITÀ A RISCHIO: TROPPI MEDICI MEDITANO DI LASCIARE GLI OSPEDALI

Quella che era una netta sensazione, ovvero il forte disagio vissuto dai medici in ospedale (ma anche sul territorio), ora è avvalorata anche da un'ampia indagine statistica effettuata dalla Cimo (l'organizzazione dei medici ospedalieri). Stanchi, demoralizzati, rassegnati, abbandonati: è questo l'identikit che emerge.

«L'analisi conferma quello che emerge anche nella nostra provincia - è il grido d'allarme del presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri, il dott. Federico D'Andrea - Sempre più spesso raccogliamo il disagio dei colleghi che, letteralmente, non ne possono più e che se solo potessero lascerebbero le strutture pubbliche. E lo stesso ragionamento vale per i medici di famiglia, tant'è che in più di un comune del Novarese viene lamentata l'assenza del medico di base. Purtroppo è un fenomeno destinato ad accentuarsi nel tempo».

Dall'indagine nazionale emerge che comunque la gran parte (72%) sceglierebbe di nuovo la stessa professione, ma solo il 28% (ma l'11,4% in Veneto) continuerebbe a lavorare in una struttura pubblica. Gli altri preferirebbero trasferirsi all'estero (26%), anticipare il pensionamento (19%), lavorare in una struttura privata (14%) o dedicarsi alla libera professione (13%).

Le motivazioni? I carichi di lavoro eccessivi; la smisurata mole di burocrazia e di compiti di natura amministrativa; la scarsa considerazione del ruolo sociale; una retribuzione non commisurata alle responsabilità, cui si è sommato lo stress dovuto al Covid.

«Crediamo - aggiunge D'Andrea - che vada ripensata la stessa organizzazione del Sistema sanitario nazionale, senza dubbio un'eccellenza a livello mondiale ma che da tempo mostra più di una crepa. Il rischio è che si arrivi a un esodo biblico dagli ospedali e all'assenza di medici sul territorio, mettendo così a repentaglio la salute dei cittadini».

IMPORTANTE RICONOSCIMENTO INTERNAZIONALE PER IL CENTRO SLA DELL'AOU DI NOVARA

Un importante riconoscimento internazionale è stato attribuito al Centro Esperto SLA (CRESLA) dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara, diretto dalla dott.ssa Letizia Mazzini nell'ambito della Struttura di Neurologia diretta dal prof. Roberto Cantello; è stato riconosciuto dal board degli stati membri componente della Rete Europea per le Malattie Rare Neuromuscolari (ERN Euro-NMD), come punto di riferimento scientifico ai massimi livelli europei.

La rete di riferimento europea per le malattie rare nasce nel 2011 con l'obiettivo di riunire in una rete virtuale i centri clinici e di ricerca di eccellenza e altamente specializzati, per la condivisione delle conoscenze, e il coordinamento delle cure sanitarie e lo sviluppo della Ricerca nelle malattie rare tra gli stati membri dell'Unione Europea, soprattutto per quanto riguarda patologie complesse e malattie rare, nonché per lo sviluppo di progetti di ricerca comuni. Le reti ERN favoriscono infatti la partecipazione a studi clinici e progetti di ricerca e la diffusione di nuovi standard di diagnosi e trattamento in tutta Europa. Ciò significa che per la diagnosi e il trattamento di un paziente, ovunque si trovi, i coordinatori delle reti

europee consultano i medici specialisti di diverse discipline, possono convocare un consulto virtuale con diversi specialisti in tutta Europa. In questo modo a viaggiare sono le conoscenze e competenze mediche piuttosto che i pazienti possono ricevere tutte le competenze mediche senza spostarsi dal loro Paese di residenza.

Il processo di verifica dei criteri di ammissione è durato 2 anni nel corso dei quali sono state riconosciute al CRESLA e all'Aou tutte le competenze cliniche, scientifiche e organizzative che qualificano i membri della Rete Europea: l'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara si trova quindi al centro di una rete internazionale di strutture sanitarie che garantiscono ai pazienti la miglior diagnosi e cura.

«Il Centro SLA di Novara - afferma la dott.ssa Mazzini - nato nel 2004 come centro di assistenza e di ricerca clinica nell'ambito della struttura complessa di Neurologia e inserito nella Rete Interregionale per le Malattie Rare del Piemonte e della Valle d'Aosta rappresenta un punto di riferimento nazionale ed internazionale per la diagnosi, la cura e la ricerca delle malattie del motoneurone. Il Centro è nato su modello dei più importanti Centri Internazionali in Europa e negli USA e secondo le linee guida Internazionali dell'American Academy of Neurology e dell'European ALS Consortium (EALSSLC) Task Force dove viene puntualizzata l'importanza dell'approccio multidisciplinare sul paziente affetto da SLA».

Studi recenti condotti in tutto il mondo e confermati dal nostro Registro Piemontese hanno inequivocabilmente dimostrato che una presa in carico del paziente da parte di un'équipe multidisciplinare esperta è in grado di modificare positivamente la prognosi sia sulla sopravvivenza che sulla qualità di vita del paziente con SLA.

«Il paziente - aggiunge la dott.ssa Mazzini - è infatti il principale attore del Centro ed è attorno a lui che viene costruito il lavoro dei professionisti tutti dotati di grande competenza professionale ma anche di grande spessore umano. Al centro della cura ci sono le esigenze complessive del paziente seguito in ogni fase della malattia. Tutto il personale del Centro prende in carico non solo la malattia del paziente ma anche tutte le problematiche personali e familiari che essa comporta.

Alla cura si affianca la ricerca scientifica per dare risposte multidisciplinari a questa malattia degenerativa che non è incurabile come sembra.

Il Centro è un luogo di confronto continuo tra gli specialisti e le persone in cura per una continua presa in carico capace di affrontare sia l'elevata complessità clinica e scientifica sia l'assistenza ordinaria. L'obiettivo è garantire la migliore qualità di vita possibile al malato».

Ogni anno vengono visitati più di 200 nuovi pazienti, provenienti da tutte le Regioni italiane e da alcuni paesi europei limitrofi per nuova diagnosi o per conferma diagnostica.

«L'Aou di Novara - spiega il direttore generale, il dott. Gianfranco Zulian - è orgogliosa dell'importante riconoscimento ottenuto dal Centro SLA, a ulteriore conferma dell'eccellenza del CRESLA e dell'ottimo lavoro della dott.ssa Mazzini e della sua équipe, supportati dalla Struttura di neurologia diretta dal prof. Cantello. Si tratta di un ulteriore stimolo per continuare a crescere sempre più e per confermarsi ai vertici internazionali».



DONATE 4 POLTRONE ALLA DIABETOLOGIA DELL'ASL NOVARA DAL ROTARY CLUB DI BORGOMANERO ARONA E DI ORTA SAN GIULIO

Quattro poltrone sono state donate da parte dei Rotary Club di Borgomanero Arona e di Orta San Giulio a favore della Struttura di Diabetologia dell'Asl Novara e consegnate al Centro Prelievo di Borgomanero e Arona dove vengono effettuati tutti gli esami del sangue necessari anche ai pazienti diabetici (in particolare per le curve da carico orale di glucosio).

Le poltrone sono destinate al Centro Prelievi con l'obiettivo di rendere più accogliente e a misura di persona la permanenza nel servizio del paziente, contribuendo a migliorare l'attività e la relazione interpersonale tra operatori sanitari e utenti.

«La donazione delle poltrone oltre a venire incontro alle esigenze di accoglienza delle persone che potranno con maggiore comfort affrontare test diagnostici che comportano la permanenza di almeno due ore nel Centro Prelievi rientrano in una visione di più ampio respiro del Rotary Club sulla prevenzione della malattia diabetica nell'ambito della quale rientrano anche i test diagnostici» dichiara Chantal Ponziani, responsabile della Struttura semplice dipartimentale diabetologia, endocrinologia e malattie metaboliche dell'Asl Novara.



LETTERA APERTA

AI COLLEGGHI IN PENSIONE O PROSSIMI ALLA PENSIONE ED AI LORO FAMIGLIARI

Con la presente, ringraziando chi mi ha votato, informo che a seguito delle elezioni svoltesi il 30 Marzo u.s., sono stato eletto Presidente della FEDERSPEV.

La FEDERSPEV è la più importante e rappresentativa federazione di pensionati in campo sanitario che raggruppa oltre ai Medici anche Farmacisti e Veterinari insieme ai famigliari ed ai loro superstiti con più di ventimila iscritti a livello nazionale.

Si articola attraverso sezioni provinciali e regionali e svolge attività di tutela degli interessi morali, economici, giuridici, professionali dei propri iscritti, difendendo in modo solidale i diritti sia acquisiti che da acquisire dei soci attraverso una impostazione sindacale organizzata.

Interviene come interlocutore qualificato presso le istituzioni sanitarie, collabora con l'Ordine nell'intento comune di tutelare la dignità professionale degli iscritti e svolge attività di promozione sociale supportata anche da simpatiche riunioni conviviali.

Accoglie come graditi soci i superstiti dei Colleghi e delle Colleghe in un clima di grande solidarietà.

Dopo una incessante azione di critica propositiva e di costanti confronti la FEDERSPEV è riuscita a far riammettere in copertura LTC per la perdita dell'autosufficienza 12500 pensionati non attivi, infrasettantenni alla data del 1 agosto 2016, precedentemente esclusi dall'Enpam. Per i Colleghi che momentaneamente non rientrano ancora in tale misura ha ottenuto l'ampliamento della tutela assistenziale Enpam per pensioni sino a nove volte il minimo Inps (4500 euro).

Purtroppo non è stato possibile difendere i vitalizi previdenziali per quanto riguarda l'adeguamento al costo della vita (perequazione). Gli organismi giuridici che in Italia ed in Europa dovrebbero difendere la costituzione ed i diritti dell'uomo hanno ormai adeguato il proprio orientamento e le loro decisioni a mere ragioni economiche di bilancio pubblico.

In questo momento la nostra Federazione sta ponendo in essere iniziative sindacali, di sensibilizzazione verso le Istituzioni governative e sta studiando azioni giuridico-legali per difendere le pensioni dei sanitari titolari e quelle di reversibilità dei loro famigliari dalle continue aggressioni poste in essere da uno Stato che calpesta la certezza dei diritti acquisiti con norme palesemente incostituzionali (vedasi i contributi forzosi sugli assegni ed il taglio delle cosiddette pensioni "d'oro").

Per portare avanti le varie azioni di tutela dei pensionati abbiamo bisogno, però, di nuove forze. Aiutateci a difendervi iscrivendovi alla sezione di Novara. Basta una cartolina (potete ritirarla presso il nostro Ordine) o un klik sul sito della Federspev (www.federspev.it). La vostra esperienza professionale e di vita ci darà maggior stimolo e forza nella difesa dei nostri diritti sociali, economici e previdenziali.

Prossimamente verrà organizzato un incontro con tutti i pensionati interessati alla presenza del Responsabile regionale Dott. Umberto Bosio di cui comunicheremo tempestivamente la data.

"Non soli ma solidali..."

Cari saluti

*Il Presidente
Dott. Federico D'Andrea*



CONGRESSO andi novara e vco STRESA 6 NOVEMBRE 2021

Come soddisfare le esigenze estetiche del paziente nel rispetto della biologia

Seconda parte



Nella sala superiore, in contemporanea, si svolgeva la sessione riservata alle assistenti di studio con relatrice la D.ssa Grazia Tommasato che con una comunicativa accattivante e tecnicamente ineccepibile 'affascinava' la sala su concetti di anatomia maxillo facciale, preparazione della sala e dello strumentario chirurgico, compiti della assistente in chirurgia orale e implantare.



Dopo una veloce informazione, riservata agli odontoiatri, su un nuovo prodotto assicurativo, presentato dal Dott. Luca Fedi per conto della Oris Broker, che cura ed intermedia le polizze destinate alla nostra categoria professionale, la lunga mattinata si concludeva a sessioni riunite odontoiatri ed assistenti, presso l'elegante salone ristorante del Regina Palace.

Una suggestione difficile da dimenticare.



ALESSANDRO CONTI e DAVIDE BERTAZZO

Le sessioni di aggiornamento sono proseguite nel pomeriggio con i seguenti su citati. Del loro lungo si riporta solo la parte di pura attinenza odontoiatrica.

Quando si deve affrontare un problema restaurativo la moderna odontoiatria offre diverse soluzioni in funzione di:

- quantità di tessuto residuo
- la vitalità del dente trattato
- età del paziente
- numero di denti da protesizzare
- disponibilità economica

Il ventaglio delle soluzioni possibili sono: restauro diretto in composito, onlay, veneer, crown.

Nei pazienti giovani sono più indicati i restauri diretti, sotto diga, se è ancora presente una quantità adeguata di smalto di supporto. In caso di rifacimento di un vecchio composito si procede dapprima con diamantate su anello rosso e si termina con frese carbide fino a giungere alla originale linea smalto dentina.

Le superfici di smalto e dentina sono mordenzate con acido ortofosforico. Si inibiscono le metallo proteinasi con clorexidina per rendere più tenace il legame, quindi si applica il primer e l'adesivo. Di seguito si procede al restauro creando il guscio contenitivo e stratificando massa dentina, smalto. Nel restauro del dente singolo occorre inserire il restauro nel contesto dei denti adiacenti di cui imitare macro e micro tessitura, forma e colore.

L'approccio è di tipo additivo. Si parte da due dimensioni, anche una semplice fotografia, quindi dopo l'impronta si procede ad una ceratura e alla costruzione di una mascherina in silicone con cui definire la superficie palatina, quindi con l'interposizione di matrici sezionali, poste in verticale si realizzano le creste marginali che permettano di creare delle superfici di transizione. La stratificazione della dentina avviene desaturando il croma fino al bordo incisale in cui deve apparire l'opalescenza e la trasparenza dello smalto. Si ricopre poi di smalto la superficie vestibolare.

Rimossa la diga si esegue la brillantatura finale con una ulteriore caratterizzazione delle macro e micro tessiture. Quindi lucidatura con paste diamantate.

Le faccette sono indicate in caso di

- discolorazione
- modificazione di forma
- fratture estese
- mal posizioni

La percezione dell'estetica da parte del paziente differisce da quella dell'odontoiatra. Per circa il 40% egli percepisce di più l'allineamento dei denti e la differenza di colore, mentre l'odontoiatria percepisce la relazione con i tessuti parodontali, le recessioni, la papilla.

Per quanto riguarda i restauri indiretti occorre redigere un piano di trattamento specifico ed eseguire una serie di fotografie per analizzare l'estetica in modo che il laboratorio abbia tutte le informazioni per realizzare restauri il più possibile al progetto.

Per quanto concerne il colore del dente, esso è determinato da

- **tinta**, il colore di base indicato dalle lettere A,B,C,D
- **croma**, esprime la saturazione della tinta in cifre
- **valore** che rappresenta la luminosità

Il valore è tre volte più importante della tinta e due volte più importante rispetto al croma. In pratica si individua dapprima la tinta, quindi il valore e per ultimo il croma.

Per quanto riguarda il risparmio di tessuto per una faccetta, questo è di molto superiore a quello di una preparazione completa. L'importante è conoscere il diametro della fresa nella sua porzione basale, mediana e apicale e utilizzarla come sonda di profondità. Per un valore 1,2 se affondata per metà nello smalto crea un solco di 0,6. Eseguiti i solchi guida, si raccordano tra di loro soprattutto in corrispondenza delle linee di transizioni tra le superfici vestibolari e interrossimali in modo da avere degli spessori controllati.

Se si esegue la preparazione attraverso un mockup c'è la certezza di avere il massimo risparmio di tessuto, ma soprattutto una preparazione interamente nello smalto. In fase di preparazione si prepara il dente affondando lo stelo della fresa per 0,5 in zona cervicale, 0,7 in zona mediana, 1,5 in zona incisale nello spessore del mockup. Quindi si segna con un pennarello il fondo del solco e si raccorda la superficie sulla guida dei segni visibili sul dente. Il punto di contatto viene aperto per agevolare il lavoro del tecnico.

L'impronta si esegue in polietere o con la scansione digitale. Dallo sviluppo del modello vengono preparati i gusci in disilicato e dopo la prova sul dente si procede come documentato nella relazione precedente.

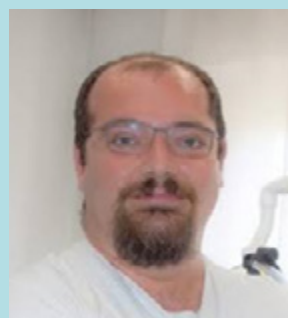
CASO CLINICO

Incisivo superiore di sinistra discromico e sovradimensionato. Si fa una analisi molto rapida riportando le misure del dente naturale su quello da restaurare, che presenta anche la mucosa cervicale leggermente edematosa tale da richiedere l'armonizzazione chirurgica della parabola gengivale, cosa che la paziente non ha permesso. Per armonizzare le proporzioni si decide di ridurre la larghezza dell'incisivo centrale e di maggiorare il lobo mesiale del laterale con un restauro diretto in composito.

Sull'incisivo centrale di sx si esegue una ceramica feldspatica, dopo aver condizionato la gengiva con l'inserimento del filo retrattore, allo scopo di sollevare la parabola gengivale. La ceramica feldspatica è stata mordenzata con acido fluoridrico al 9% per 90 secondi e quindi con acido ortofosforico al 7% per 60 secondi, quindi detersa in etanolo nella vaschetta ultrasuoni.

Il trattamento di superficie prevede l'applicazione del silano per 60 sec. seguito da asciugatura e l'applicazione in strato sottile di adesivo, non polimerizzato ancora. Fra le due interfacce si pone del composito riscaldato a 52° o del flow e si fa aderire la faccetta sul dente e, mantenendola in posizione, si rimuovono gli eccessi di composito e si verifica la pervietà dello spazio interrossimale. Per ultimo si esegue la polimerizzazione.

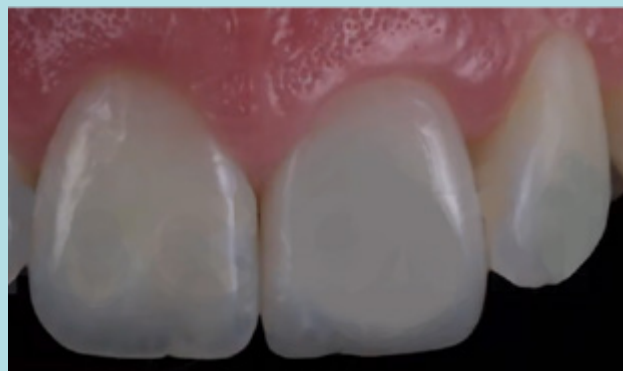
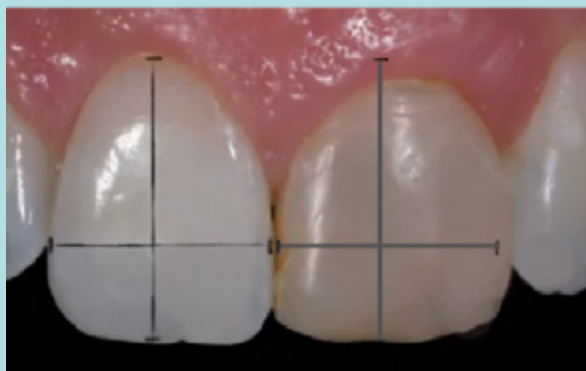
Nel caso di restauro diretto senza preparazione dello smalto, occorre sabbare il dente e quindi trattarlo con acido ortofosforico.



MARCO IORIO

La sua relazione si è interessata del ripristino estetico con impianti post estrattivi immediati che rappresentano il 60% di tutti gli impianti, per lo più inseriti in alveoli sani, intatti a 4 pareti.

In caso di fratture ci si deve sempre domandare se l'elemento è compromesso o recuperabile ed il criterio da valutare è il rapporto corona radice.



Diversa è la valutazione se si tratta di un elemento con recessione e interessamento della forcazione di 2 grado, ma con conservazione dei picchi ossei interdentali, con un'ampia quota di gengiva cheratinizzata, fattori orientano verso una predicibile rigenerazione.

Se l'indicazione è per un impianto immediato occorre valutare i fattori prognostici:

- motivo della estrazione
- tipologia dell'elemento
- il diametro mesio distale della radice
- la lunghezza della radice
- la quantità di osso oltre l'apice

Tutti questi fattori possono dare indicazione sulla predicibilità in termini di osteointegrazione e clinico in termini di risultato estetico. Maggiore è il numero dei fattori favorevoli e maggiore è anche la predicibilità. Due soli fattori non sono sufficienti a garantire il carico immediato.

Ci sono delle controindicazioni assolute:

- le fasi attive degli ascessi parodontali nelle fratture verticali che sono sostenute da batteri parodonto patogeni, che aumentano del 20% l'insuccesso.
- l'eccessiva profondità del sito post estrattivo che può trovare lunghezze adeguate di impianti.

Dal punto di vista anatomico c'è una grossa differenza fra un dente naturale ed un impianto, in quanto attorno al primo c'è una trama vascolare responsabile della vascolarizzazione dei tessuti sopracrestali, gengiva aderente e gengiva libera. Mentre attorno ad un impianto c'è una fittissima rete di fibre connettivali circolari. Nel sito post estrattivo si verifica una prima guarigione per seconda intenzione con riduzione di vascolarità e aumento di tessuto cicatriziale, situazione che nuovamente si ripropone all'inserimento dell'impianto e al momento della sua scoperta.

Per queste ragioni gli impianti post estrattivi dovrebbero essere inseriti:

- con tecnica flapless senza sollevare un lembo
- utilizzando l'alveolo come sede già pronta per accogliere l'impianto
- con una guarigione one stage o con vite di guarigione o con provvisorio

La gestione clinica dei premolari non presenta difficoltà. La difficoltà aumenta quando si tratta di incisivi e di molari.

I **premolari** sono più indicati per questa tecnica, l'alveolo post estrattivo presenta un setto che facilmente facilita l'incunearsi della fresa in uno degli alveoli, pertanto occorre preventivamente fare una setto plastica con un pinza o una fresa ossivora creando quindi una superficie piatta su cui inserire la fresa e garantire una stabilizzazione primaria di 35N per un provvisorio immediato non funzionale.

Anche in una frattura con recessione l'inserimento dell'impianto si esegue senza sollevare lembi, senza fare innesti di connettivo ma con una attenta gestione dei tessuti e dello spazio perimplantare.

La presenza di solo 1 mm di alveolo in senso vestibolare lo espone ad un possibile riassorbimento fino a 7 mm. Se invece lo spessore è superiore a 1 mm, la perdita è notevolmente più contenuta. L'importante è disturbare il meno possibile la trama vascolare presente. Un principio di assoluto rispetto è quello di tenersi lontani dalla teca vestibolare e di chiudere il gap alveolare mediante:

- inserimento dell'impianto fino a livello del margine osseo
- riempimento del gap con sostituto d'osso a lento riassorbimento che garantisca il mantenimento del volume osseo
- inserimento immediato della vite di guarigione o del provvisorio
- sostegno ai tessuti molli gengivali sopra crestali inserendo collagene bagnato di rifamicina
- una sutura lassa di stabilizzazione

In tutti i casi trattati con questo protocollo si è avuto un mantenimento dei tessuti molli stabile nel tempo così come per i tessuti duri. Addirittura è possibile avere un incremento tissutale a livello vestibolare con un opportuno adattamento del restauro protesico.

RAPPORTO SULLO STATO DELLA PROFESSIONE ODONTOIATRICA

Nella circolare 749.21 del 15/11/21 della Presidenza Andi Nazionale era allegato un corposo documento di oltre 90 pagine sullo stato della Professione Odontoiatrica di seguito pubblichiamo parte delle conclusioni.

La parte conclusiva del documento inizia dall'analisi di alcuni risultati della cosiddetta "Indagine congiunturale sulla professione odontoiatrica 2021" che riguarda quanto accaduto nel 2020.

I temi dell'indagine sono stati molti e variano dagli aspetti demografici dei dentisti, allo stato della professione sotto i profili degli assetti e delle modalità di lavoro, dagli studi e dalle risorse all'operatività degli studi e dei dentisti, dai risultati economici conseguiti nel tempo fino alle esperienze personali e agli atteggiamenti dei dentisti su materie di rilievo.

La novità di questa congiunturale rispetto a quelle degli anni precedenti è, in primo luogo, che si è progettato l'impianto metodologico per cogliere i profili essenziali dello stato osservato della professione, i cambiamenti accaduti, che si potevano qualificare come effetti della pandemia del Covid 19.

Si potevano attribuire o perché svelati con le risposte dei dentisti in fase di intervista o perché desumibili da un cambiamento significativo delle statistiche di anni diversi: delle congiunturali o dei dati istituzionali di contesto.

Su quest'ultimo aspetto giova essere precisi a costo di apparire pedanti, ne vale la pena.

Se, ad esempio, una percentuale (di x qualsiasi o una risposta ad una domanda o differenza di statistiche tra dati di fonti diverse) varia da un anno all'altro, nello specifico dagli anni che precedono il 2020 e lo stesso anno 2020, non è lecito attribuire automaticamente il cambiamento all'anno del Covid. Sarebbe facile, ma semplicistico, comodo ma scorretto, tale da indurre a conclusioni e implicazioni basate sul nulla. Le differenze tra anni precedenti e l'anno 2020 del Covid possono essere oggettivamente dovute a tutti gli "eventi" che sono accaduti in passato rispetto al 2020. Tra questi eventi sicuramente c'è il Covid, ma ci sono anche molti accadimenti che erano già in corso e che quindi hanno contribuito sinergicamente con quanto il Covid ha rappresentato. Oppure accadimenti non rilevati nell'indagine o in altre fonti, ma effettivamente all'origine di quello che si è rilevato con la congiunturale. Queste specificazioni non possono non invitare i lettori e, in particolare i dentisti, ad adoperare un sufficiente grado di cautela interpretativa, volta a problematizzare conoscenze, convinzioni, notizie diffuse ma generiche e semplicistiche. Di attribuire, cioè, al Covid tutto quanto risulta diverso dal passato. Se e laddove sono i dentisti intervistati a dire che il cambiamento è dovuto

al Covid, si può quantomeno decidere di affidarci alla valutazione dell'esperienza del dentista e non a soli confronti statistici. Proprio per questa ragione nel questionario della congiunturale alcune domande sono state ripetute, chiedendo al dentista quale era la sua risposta riguardo al 2020 e al 2019. Esaminiamo nel merito alcune statistiche di sintesi.

I dentisti attivi sono nel 2020 pari a 46.009. Sono i dentisti che pagano la quota B all'Enpam anche se sono in pensione. Sono questi i dentisti che possono rispondere a domande sui modi di lavorare, sul personale dello studio, sugli incassi e via dicendo. I dentisti sono in parte soliti a operare in più di uno studio, ma è pari ad uno il numero prevalente di studi. Operano in modi diversi e i modi possono essere classificati diversamente. Ai fini di quanto si voleva conoscere con la congiunturale 2020, i modi sono stati rilevati:

- (a) sotto il profilo della titolarità dello studio con tre modalità (titolare, titolare e collaboratore e collaboratore esclusivo);
- (b) sotto il profilo dell'assetto o fattispecie, invece, le modalità sono cinque (studio monoprofessionale, studio associato, società STP, società SRL non STP e catena commerciale in odontoiatria).

Titolarità e assetto (o fattispecie) sono risultati di una numerosità diversa. Gli assetti, infatti, operando il dentista in più di uno studio, sono stati 62.338 e sono di più dei dentisti pari a 46.009. L'interesse di rilevare l'assetto sta nel fatto che gli assetti possono essere interpretati come "combinazioni operative". Sono, cioè, informazioni che rivelano quanto i dentisti siano attivi ed operosi nel trovare spazi di lavoro, che non si possono esaurire in un solo e unico

studio. Non si può non evidenziare che questo risultato non va visto come ricerca spasmodica da parte del dentista di spazi di lavoro. Ha una ragione (dopo trattata), ma va interpretata anche come fonte di esperienza che il dentista travasa da uno studio all'altro. Se, ad esempio, il dentista opera, oltre che nel suo personale studio, anche in uno studio associato o in una società, recepisce informazioni e fa esperienze che possono aiutare ad aggiustare il tiro se, dove e quando serve.

La ricerca di spazi operativi addizionali riguarda, però, solo il 30% circa dei dentisti ed ha, come premesso, anche un'altra ragione. Per mantenere uno studio di qualità, quanto meno di una qualità essenziale, si deve svolgere un servizio gradito dall'utenza e soddisfare i requisiti tecnici e tutti i parametri operativi e gestionali, lo studio deve essere ed operare in equilibrio. Personale insufficiente, entrate economiche in ribasso, aggiornamento tecnologico lento e via dicendo non possono, alla lunga, che far male allo studio e al dentista. In Italia, la popolazione che accede con regolarità e con frequenza dal dentista è relativamente bassa. Rapportando il numero dei dentisti alla popolazione (totale, oltre i tre anni e oltre i 15 anni) si osserva che ogni dentista ha un bacino medio potenziale clientela tra 1.250 e 1.300. Quando la popolazione va poco dal dentista, o poco frequentemente dal dentista, genera un numero di accessi che può non produrre le entrate economiche che servono ai dentisti per ricavare un reddito e per investire o, quantomeno, mantenere uno stato operativo in equilibrio. Ecco una delle ragioni per cui un numero di dentisti (il 30%) va alla ricerca di spazi operativi plurimi.

Tali caratteristiche non sono uniformi tra tutti i dentisti e in tutto il paese. Esiste una non trascurabile differenziazione regionale, soprattutto tra nord e sud, che assume configurazioni particolari. Al sud, ad esempio, i dentisti hanno mediamente un rapporto favorevole in termini di abitanti per dentista rispetto al nord, ma allo stesso tempo un tasso di domanda di prestazioni più basso. Cioè, quello che poteva essere un vantaggio relativo, scompare quando lo si analizza insieme ad altri fattori quali la domanda. Ovviamente, oltre alla domanda, andrebbero considerati i redditi, la struttura per età della popolazione, i prezzi delle prestazioni e via dicendo. Oltre all'aspetto territoriale, esistono anche altre differenziazioni. Quelle secondo la classe d'età dei dentisti sembrano quasi contrapporsi statisticamente. Si tratti dei dentisti giovani, quelli in età adulta con carriera consolidata e quelli più avanti nella età. Sono di fatto generazioni diverse che sono state e sono esposte a differenti profili formativi, stili professionali, comportamenti della popolazione e ambienti socioeconomici diversi. E si trovano ad affrontare problemi diversi: accanto a quelli che stanno iniziando la carriera ci sono quelli che la devono consolidare e quelli che la devono mantenere. Molte di queste differenze si trovano statisticamente misurate nelle tabelle ove i dati sono scomposti per classe di età.

Quale è il cambiamento che il Covid ha prodotto sulla configurazione della professione?

Sotto il profilo della titolarità degli studi, i titolari che così operano esclusivamente e che si sono qualificati come studio monoprofessionale nel 2021 sono il 53,5%, come risulta da una valutazione espressa

l'anno scorso nel mese di settembre che era pari al 61,8%, i titolari che operano anche come collaboratori sono il 21,6% rispetto al 16,7%, mentre i dentisti qualificatisi come collaboratori esclusivi sono il 24,8% rispetto al 21,5%. Il cambiamento accaduto nell'anno 2020 ha quindi comportato il declino di una quota degli studi monoprofessionali i cui titolari sono diventati anche collaboratori o collaboratori esclusivi.

Il cambiamento appare simile se lo si misura dal punto di vista degli assetti o fattispecie in cui hanno operato i dentisti tra il 2018 e il 2020. Lo studio monoprofessionale come assetto o fattispecie esclusiva (questo modello e basta, modello esclusivo) era pari all'83,3% nel 2018 ed è diventato del 69,3% nel 2020. Lo studio associato come modello esclusivo era del 70,2% nel 2018 e del 69,9% nel 2020, mentre le STP erano pari al 57,8% nel 2018 e sono salite al 78,9% nel 2020. E anche sotto questo profilo evidente, che è lo studio monoprofessionale quello che andato incontro a un cambiamento importante. Anche se nella parte del rapporto viene spiegato come a partire dalle congiunturali 2018-2020 queste statistiche sono state prodotte, non è inutile spiegare anche in fase di conclusioni, che la base è la domanda in cui si chiede al dentista di scegliere tutte le modalità in cui opera e che la modalità esclusiva è quella che viene scelta esclusivamente. Il dentista che la sceglie opera, cioè, solo in quella modalità e in nessun'altra delle altre indicate nella domanda.

Dati sulla configurazione degli assetti sono reperibili anche in altre fonti. Secondo l'Agenzia delle Entrate i dentisti "persone fisiche" sono passati da 36.757 nel 2018 a 31.600 nel 2019, i dentisti come "società di persone" sono passati da 5.034 a 4.933, mentre le società di capitale ed enti commerciali sono passate da 2.929 nel 2018 a 3.212 nel 2019. Attenzione! Questo calo dei dentisti come persone fisiche è accaduto tra il 2018 e il 2019. Non è effetto Covid sebbene sia capitato di leggere nei media che quanto accaduto era dipeso dal Covid. Oggettivamente, il calo delle "persone fisiche" è un segno di un fenomeno antecedente già in atto, sempre facendo la tara al fatto che nulla sia cambiato nelle

rilevazioni fatte dall'Agenzia delle Entrate. Riusciamo invece a cogliere un preciso dato relativo al 2020 da un'altra fonte, che censisce le società di capitale obbligate a presentare il bilancio. Nel 2020 erano 5.344 di cui appena l'8,0% costituito dalle società il cui fatturato va da 1 a 25 milioni di euro, fatturato che va oltre il 50% di tutto il fatturato di tutte le società pari a quasi 2 miliardi euro nel 2020.

Si potrebbe ricondurre a poche parole e con qualche interpretazione, per supplire la non totale disponibilità dei dati, quanto accaduto nel 2020. L'anno del Covid ha accelerato un processo in atto. La lenta trasformazione dello studio monoprofessionale da solo ed esclusivo luogo dell'esercizio professionale a luogo plurimo (scelto insieme ad altri) di lavoro, verso direzioni che di fatto si configurano come aggregazioni o quantomeno tentativi, esperimenti volti in tale direzione.

Dopo aver svolte queste considerazioni sul tema degli assetti, si passa ora ad un secondo ordine di aspetti che riguarda la struttura interna degli studi, la configurazione, cioè, in termini dimensionali, di personale, risorse tecnologiche, carichi di lavoro e via dicendo. Il principale dato di sintesi conferma quanto già è emerso in precedenti indagini.

Il dentista opera attraverso uno studio relativamente di piccole dimensioni e il personale è adeguato a questo tipo di studio. Questa struttura interna non è dissimile se il dentista opera in studio monoprofessionale o associato, che è per lo più uno studio composto da più dentisti, da dentisti che stanno insieme e condividono alcune spese. L'operatività è quella del singolo dentista, anche se è un dentista di uno studio più complesso. Il dentista, cioè, rimane l'operatore principale, gestisce, lavora, si relaziona con l'ambiente esterno. Provvede a tutte le incombenze, da quelle cliniche a quelle numerose di altra natura. Il personale dello studio è dimensionato in ruolo completamente ausiliario, per rendere possibile al dentista di adempiere e soddisfare i suoi impegni professionali. Ovviamente, negli studi associati possono esserci alcune economie di scala non presenti nello studio monoprofessionale puro che è quello numericamente prevalente.

Alcuni dati descrivono il modello monoprofessionale. Numero medio prevalente di locali fino a 5 (76,8% dei dentisti), numero dei riuniti fino a 2 (67,2% dei dentisti), numero metri quadri dello studio fino a 150 (oltre il 90% dei dentisti), studio localizzato in un appartamento di un condominio (68,8 dei dentisti), oltre al dentista titolare, il personale ausiliario è rappresentato da un numero di ore settimanali. Questi impegni orari sono tutti calati rispetto al 2019, ad eccezione di un segno in positivo per i/le segretari/e. A detta dei dentisti questi cambiamenti sono dovuti al Covid. Il dentista, in sostanza, come ampiamente spiegato nella sezione del Rapporto che riguarda questi aspetti, ha utilizzato le risorse di personale in misura più parsimoniosa, per tentare di tenere in equilibrio la funzionalità essenziale e i costi dello studio.

Per quanto riguarda il dentista, il suo carico di lavoro si è mediamente così caratterizzato: 36,2 settimane lavorate nel 2020 (42,5 nel 2019), intorno ai 4 giorni di lavoro in entrambi gli anni, poco più di 7 ore di lavoro al giorno in entrambi gli anni e 36,6 pazienti trattati alla settimana nel 2020 rispetto ai 44,2 nel 2019. L'impatto Covid ha

solo fatto diminuire l'impegno del dentista limitatamente a poche ore e un po' meno di pazienti. La ripartizione delle ore settimanali di lavoro si è concentrata nell'attività clinica (intorno a 27 con un calo di circa 3 ore rispetto al 2019), intorno a 5,5 ore dedicate alla gestione dello studio (pochissimo di più nel 2020) e tra le 4,7-4,8 ore dedicate ai rapporti con i pazienti in entrambi gli anni. Sul carico di lavoro del dentista non si è verificato a causa del Covid alcun cambiamento sensibile, se non nel numero di pazienti trattati. Il dentista, infine, ha dedicato tempo agli adempimenti riguardanti la gestione dello studio e a quelli burocratici. Tra il 3,8 e il 4,9% del tempo di gestione è dedicato alle incombenze derivanti dal Covid. Il 98% dei dentisti dichiara che per queste incombenze ha trovato ausilio nella sua associazione professionale (ANDI).

La maggior parte dei dentisti afferma che i cambiamenti sopra descritti non sono irreversibili. Solo il 13,4% dei dentisti ritiene che i cambiamenti non siano reversibili. Quest'atteggiamento presume che sia l'ottimismo a caratterizzare lo stato d'animo dei dentisti, nonostante che parte dei dentisti dichiarò di essere stata nell'anno del Covid frequentemente nervosa (41,7%), depressa (27%), ansiosa (34,6%), preoccupata (50,8%) e impaurita (15,2%).

Il Covid 19, in conclusione, ha avuto un impatto che si è estrinsecato più che con la riduzione del personale ausiliario, attraverso la prevalente riduzione del volume orario del lavoro. Il dentista potrebbe aver ragionato in questo modo: il Covid 19 ha avuto effetti non trascurabili. I dentisti sono stati tra le attività soggette a lockdown per due mesi circa nella primavera del 2020. La durata della pandemia e i suoi stessi effetti sono stati stimati incerti. Questo era il mood prevalente. Piuttosto che smantellare tutto, ovvero, prendere decisioni definitive, la stragrande maggioranza dei dentisti, ha operato tentando di aumentare la produttività (nei giorni e nei casi in cui la situazione lo richiedeva) dello studio, riducendo l'impegno orario del personale ausiliario (tranne la segreteria che doveva rimanere un punto sempre operativo per i rapporti con la clientela) e aumentando il proprio al bisogno.

Anche le risorse tecnologiche dello studio riflettono il profilo dimensionale, organizzativo ed operativo dello studio. Solo le tecnologie più avanzate (il microscopio operatorio, il fresatore cad-cam, l'rx endorale analogico e simili) sono meno diffuse tra i dentisti, che peraltro non manifestano la volontà di volerle acquisire. Altre tecnologie, quali il sistema tac/cone beam e l'impronta ottica, rientrano tra le tecnologie di maggior interesse per l'acquisto. Studio di piccola-media dimensione non è un sinonimo di minor qualità delle prestazioni o di inadeguatezze riguardanti la fornitura delle prestazioni. È esclusivamente un indicatore del modus operandi. La professione odontoiatrica nasce come professione medica. Una breve digressione al riguardo appare opportuna.

Il dentista era prima della riforma del 1975 un laureato in medicina con specializzazione in odontoiatria. È poi diventato un laureato in odontoiatria, laurea che è però sempre rimasta collocata nel comparto medico. I dentisti condividono con i medici di tutte le altre specialità i medesimi obblighi ordinistici. Debbono iscriversi agli Ordini e sottostare a tutto ciò che da questo discende. Ne consegue che il loro modus operandi è quello tipico dei medici, generici e specialisti. La differenza sta nel fatto che i dentisti non possono operare se non si procurano gli strumenti di lavoro (i riuniti, le attrezzature, ecc.) e il personale ausiliario, mentre gli altri medici possono ricorrere a modalità diverse di lavoro. Se sono, ad esempio, psichiatri si limitano alla disponibilità di uno studio, se sono chirurghi debbono, invece, affigliarsi ad un ospedale o a case di cura. I dentisti debbono invece organizzarsi autonomamente in studi attrezzati con vari tipi di risorse. La formazione, la cultura, lo spirito professionale con cui si organizza e affronta il lavoro il dentista è lo stesso di quello dei medici. Lo studio è in fondo la longa manu del dentista. Anche quando si incorpora in grande studio associato o una società tra professionisti, il modello non è fine a sé stesso. L'odontoiatria commerciale, invece, quella incorporata come impresa di capitali, ha un fine esterno (da qui nasce anche il dissidio tra professionisti e società soprattutto se in forma di catene commerciali) e, quindi, ha basi organizzative per definizione più complesse degli studi professionali.

Sotto il profilo della struttura interna dello studio, il Covid non ha impattato in misura tale da stravolgere la configurazione del settore. Ha però impattato sull'anello più debole della catena, gli studi mono-professionali e i titolari, e per quanto riguarda le risorse di personale che, per così dire, non sono state "messe alla porta", ma utilizzate in misura diversa, in attesa che gli effetti dell'impatto Covid si completino e si stabilizzino, aprendo la strada ad iniziative e azioni collettive e individuali della professione che già erano all'orizzonte prima del Covid. E cioè, i rapporti con i terzi paganti, la crescita dimensionale e delle risorse dello studio, le aggregazioni, la digitalizzazione estesa anche al rapporto con i pazienti e via dicendo. In conclusione, tutto ciò che, a prescindere dal Covid, impone il cambiamento in corso in tutte le società post-industriali.

Rimane ora da tirare le fila per vedere in che misura il Covid ha impattato sull'economia degli studi e, in generale, sull'attività professionale dei dentisti.

I dati dell'Istat sulla spesa delle famiglie per i servizi dentistici e per le protesi compongono quella che viene denominata spesa

odontoiatrica. I dati Istat sull'andamento di entrambi le componenti e sul numero di famiglie consumatrici, che hanno cioè speso, tra il 2014 e il 2020 è riassumibile in queste brevi statistiche:

- La spesa per servizi dentistici era pari a 7,19 miliardi nel 2020 e a 7,92 nel 2019. Ad inizio della serie, nel 2014 era pari 7,17. In termini percentuali, il calo il calo è stato pari a -9,48 tra il 2019 e il 2020 e a -0,9 rispetto al 2014. A parte la parentesi molto negativa registrata nell'anno del Covid, la spesa è tornata al livello del 2014.
- La spesa per protesi era pari a 854,7 milioni nel 2020 e a 1,04 miliardi nel 2019. Ad inizio serie nel 2014 era pari a 955,4 milioni. In termini percentuali, il calo è stato pari a -18,5 tra il 2020 e il 2019 e a -11,65 rispetto al 2014.
- Le percentuali delle famiglie consumatrici sono state: servizi dentistici tra 2019 e il 2020 pari a -14,94 e rispetto al 2014 pari a -5,42, per le protesi è stata rispettivamente pari a -16,96 e a -21,13.

Guardando ai dati nell'insieme, ovvero, analizzando il fenomeno incrociando la spesa con la domanda (le famiglie che hanno speso) sembra che nel periodo 2014-20 il recupero sia avvenuto con un minor numero di famiglie che sono andate dal dentista (minor domanda) e, presumibilmente, con un simultaneo cambio in negativo della tipologia di prestazioni, nel caso specifico meno protesi. L'andamento della domanda e della spesa non si sono rivelati anno per anno simili. In taluni anni, come ampliamento descritto e commentato nel testo del Rapporto, gli andamenti dei servizi dentistici e delle protesi sono stati di segno opposto. Se calava uno, aumentava l'altro e viceversa.

Quale spiegazione si può dare a questo fenomeno? L'ipotesi è che sulle risorse che le famiglie possono permettersi di spendere sembra sovrapporsi un tetto, che è condizionato dalla distribuzione delle risorse famigliari tra una molteplicità di spese di cui quelle odontoiatriche sono solo una parte. Anno per anno, questa è l'ipotesi, se si deve per qualche ragione contenere

la spesa odontoiatrica, si sacrifica qualche accesso o qualche visita ma, soprattutto, si sacrificano le protesi che sono quelle che fanno crescere la spesa.

L'indagine congiunturale ha permesso di indagare l'andamento dell'incasso derivante dall'attività professionale nel 2020 e nel 2019 secondo le stime fatte dal dentista medesimo. Lo stesso profilo lo si è studiato anche come variazione del valore economico dello studio. I dentisti dichiarano che l'incasso è diminuito mediamente del 18,9% tra gli ultimi due anni. La variazione non è uniforme e nel Rapporto sono descritte le differenziazioni significative registrate. Ad esempio, i dentisti con studio monoprofessionale hanno registrato un calo medio superiore (-21,5%). Lo stesso andamento emerge dal punto di vista del valore economico che i dentisti attribuiscono allo studio. Il 30,1% dei dentisti stimava che nel 2019 lo studio aveva un valore fino ai 50.000 euro, mentre nel 2020 la percentuale è salita di quasi 10 punti arrivando al 39%.

Da un punto di vista oggettivo, almeno nei termini in cui il dentista lo ha raccontato, il calo dell'incasso sembra doversi attribuire soprattutto ad un calo dei pazienti, che a sua volta ha comportato un uso più parsimonioso del personale e delle risorse dello studio e qualche cambio (apparentemente non stimato definitivo) di "casacca", i dentisti che hanno iniziato ad operare come collaboratori, che hanno forse temporaneamente chiuso lo studio ed operato come collaboratori e quelli che già erano collaboratori e sono rimasti tali.

Le domande del questionario, però, permettevano di analizzare anche i fattori che potevano aver avuto un impatto sugli incassi. L'impatto limitato dei costi (0,8%) è già stato resocontato. Altri profili candidati ad essere presi come fattori erano: le tariffe, il convenzionamento coi terzi paganti e, per così, il carattere, la stoffa, l'atteggiamento riguardo al lavoro del dentista. In sintesi, i risultati dell'analisi sono stati i seguenti:

- tra il 2019 e il 2020 le tariffe applicate sono calate del -1,8%. Su una tariffa di 1000 euro, ad esempio, sarebbero 18 euro. Non appare un calo che potrebbe dissuadere il paziente dall'eseguire la prestazione. Dall'altro lato, se il fatturato fosse ad esempio di 150.000, il calo attribuibile alle sole tariffe sarebbe pari a 2.700 euro. In conclusione, non sembra potersi dedurre che il calo del -18% del fatturato possa attribuirsi al calo delle tariffe;
- tra il 2018 e il 2020 la percentuale dei dentisti che è entrata nel convenzionamento diretto, è passata dal 27,1% del 2018 al 30,9% del 2020. Il 48,4% dei dentisti ha affermato, invece, di aver trattato pazienti che a loro volta hanno avuto dal terzo pagante un rimborso. L'incremento dei dentisti operanti in convenzione diretta o in modalità di assistenza indiretta è semplicemente avvenuto ad opera della penetrazione dei terzi paganti nei territori del centro sud, dell'attivismo nelle regioni più ricche del nord e nell'espansione del welfare aziendale.

Ha il convenzionamento nel suo insieme avuto impatto sugli incassi dei dentisti?

I risultati della congiunturale mostrano che i dentisti che hanno il convenzionamento diretto hanno registrato una variazione dell'incasso del -16,91%, mentre quelli senza convenzionamento diretto

hanno registrato una variazione del -21,4%. Sembrerebbe quindi che il convenzionamento diretto abbia un impatto in tal senso positivo sugli incassi, in termini di minor calo dell'incasso. Se ci si limitasse a questa interpretazione potrebbe non cogliersi la complessità e il significato del risultato. La miglior performance, per così dire, dei convenzionati diretti dipende da che cosa? Dal maggior numero di pazienti? Il convenzionamento diretto produce più pazienti? Da una diversa tipologia di prestazioni? Ad esempio, i pazienti che hanno il terzo pagante sono orientati a fare prestazioni più costose o complesse? Fanno semplicemente più prestazioni? Pochi i dati a questo riguardo e quindi, tutte le interpretazioni sono plausibili. Anche quella che porterebbe a dire che con il convenzionamento diretto il dentista accetta una tariffa inferiore, ma poi recupera margini in altro modo, ad esempio, tramite altre prestazioni necessarie, non garantite dalla convenzione e pagate dal paziente o, addirittura, mediante cure non necessarie come i sovra-trattamenti: una recente ricerca di ANDI Emilia-Romagna sul proprio territorio ne ha rilevato un'incidenza del 20%. Senza ulteriori ricerche non si può fare altro che prendere atto del dato, senza poterlo interpretare in modo univoco. Si consideri, infine, che, anche dopo averlo interpretato, per poter dire che i dentisti possono avere vantaggi dal convenzionamento diretto, bisognerebbe escludere che non vi sia un effetto spiazzamento ovvero che i pazienti in convenzione diretta siano aggiuntivi e che siano pazienti i quali, senza la protezione del terzo pagante, non sarebbero andati dal dentista in forma privata. Per poter dire che il dentista trae un vantaggio oggettivo dal convenzionamento bisognerebbe poter affermare che con il convenzionamento si acquisiscono più pazienti che altrimenti non ci sarebbero stati.

Il risultato più interessante è quello che riguarda l'impatto dei fattori extraeconomici sugli incassi. Infine i dentisti che dedicano più ore alla cura dello studio, in termini di adempimenti e miglioramenti e quelli che hanno stati d'animo positivi, sono premiati con un calo degli incassi minimo.

PREMIO LETTERARIO INTERNAZIONALE CITTÀ DI ARONA

24° edizione - anno 2022
Arona, Lago Maggiore (Novara)

IN RICORDO

DEL DOTT. GIAN VINCENZO OMODEI ZORINI
MEDICO, SCRITTORE, GIORNALISTA, CRITICO D'ARTE
IN OCCASIONE DEL 25° DALLA SUA SCOMPARSA

REGOLAMENTO

Articolo 1

Le opere dovranno essere spedite a mezzo
posta o corriere entro il 31 Marzo
al seguente indirizzo:

Ornella Bertoldini, presidente
Circolo Culturale G.V. Omodei Zorini Via Piave 52 interno A
28041 ARONA (NO) - ITALY

ISCRIZIONE per autori italiani

per ogni autore Euro 10,00 bonifico sul c/c intestato al
Circolo Culturale Omodei Zorini - Arona UniCredit
IT 43V 02008 45320 000002472292

Sezione: edito poesia

tre copie di ogni libro a stampa
data di pubblicazione dal 1° gennaio 2016 in poi
tema libero lingua italiana
dovranno essere accompagnate da lettera con l'indicazione di
nome, cognome, indirizzo, telefono, e-mail dell'autore,
curriculum dell'autore nominativo della casa editrice.

Articolo 2

Le opere pervenute non saranno restituite.

Articolo 3

La Segreteria del premio letterario declina ogni responsabilità per
eventuali smarrimenti o disguidi.

Articolo 4

Le giurie saranno presiedute da un'autorevole personalità del
mondo culturale. I nominativi dei membri delle giurie saranno resi
noti solo dopo l'assegnazione dei premi.



Circolo culturale

Gian Vincenzo Omodei Zorini

Medico scrittore

Articolo 5

La premiazione avverrà in ottobre o novembre in Arona. La data e il luogo della cerimonia saranno resi noti tramite la stampa e comunicazione scritta ai vincitori.

Articolo 6

I vincitori saranno informati personalmente a stretto giro di posta. È fatto loro obbligo di ritirare personalmente il premio.

Articolo 7

La partecipazione al premio implica l'accettazione piena di tutti gli articoli del regolamento. Il giudizio della giuria è inappellabile. Il concorrente risponde personalmente della paternità dell'opera.

Articolo 8

Per qualsiasi comunicazione rivolgersi al seguente numero telefonico 0039 347 0305803

e-mail: premiogvoz@gmail.com

<http://premiogvoz.altervista.org>

facebook:

Premio Letterario Internazionale Città
Arona "Omodei Zorini"



Premi

TARGA
E ATTESTATO IN PERGAMENA
CON LA MOTIVAZIONE DELLA GIURIA A

1° PREMIO POETI ITALIANI

1° PREMIO MEDICI SCRITTORI ITALIANI

1° PREMIO MEDICI SCRITTORI STRANIERI
VEDI BANDO "MEDICI SCRITTORI NEL MONDO"

Il Circolo letterario si riserva di attribuire segnalazioni al merito, riconoscimenti e premi speciali.

**I risultati del concorso saranno reperibili sul sito del
Circolo Culturale Omodei Zorini
<http://premiogvoz.altervista.org>**

La famiglia Omodei Zorini e il Circolo Culturale promuovono il premio letterario con gli Enti, le Associazioni, gli Ordini dei Medici che in tutti questi anni hanno patrocinato e collaborato.

In particolare ricordiamo:
Società Italiana di Storia della Medicina
A.M.S.I. (Associazione Medici Scrittori Italiani)
U.M.E.M. (Union Mondiale des Médecins Écrivains)
A.S.L. NO
Ordine dei Medici del Cantone Ticino
Ordine Medici Chirurghi Odontoiatri di Novara - Verbano Cusio Ossola

Città di Arona
Regione e Consiglio Regionale Piemonte
Provincia di Novara
Comune di Grignasco Distretto Turistico dei Laghi
Ordine dei Giornalisti Piemonte Comitato di Verbania e del VCO della Società Dante Alighieri
Lions Club International distretto Arona-Stresa CST Novara - VCO

SALONE DELL'ARENGO - PALAZZO DEL BROLETTO - SABATO 26/03/2022

INTERVENTI RELATORI

1. OSPEDALE e TERRITORIO

LA RISPOSTA DELLA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE ALL'URGENZA DEI BISOGNI IN ADOLESCENZA

Negli ultimi 10 anni, su tutto il territorio nazionale, si è osservato il raddoppio degli utenti seguiti dai servizi di Neuropsichiatria della Infanzia ed Adolescenza (NPIA), in tutti e quattro gli ambiti di riferimento, neurologia, psichiatria, disabilità complessa, disturbi specifici ma soprattutto in ambito psichiatrico.

Prima della pandemia da COVID19 si stimava che 200 bambini e ragazzi su 1000 avessero un disturbo neuropsichiatrico (ovvero 1.890.000 minorenni) ma solo 60 su 1000 hanno accesso ad un servizio di NPI e di essi la metà riesce ad avere delle risposte appropriate.

I ricoveri per disturbi neurologici, tra il 2017-2018, sono aumentati del 11% e quelli psichiatrici del 22% e di questi il 20% è stato ricoverato in reparti di psichiatria adulti.

In particolare mancano i posti letto di ricovero dedicati e soprattutto le strutture semiresidenziali terapeutiche, indispensabili per garantire interventi a maggiore complessità ed intensità e poter prevenire il ricorso al ricovero ospedaliero.

In Piemonte la popolazione 0-19 anni è di 705.305 soggetti ed a Novara sono 17.411 (Prov. 62.590).

Negli anni sono diverse le DGR della Regione che hanno dato indicazioni su come deve essere strutturato e costituito il percorso di diagnosi e cura, con una definizione del numero di operatori: 1 operatore tempo-pieno (equivalente 1 ogni 800 abitanti 0-18), almeno 1 NPI ogni 3000 abitanti, 1 psicologo ogni 4000 abitanti, 1 terapeuta della riabilitazione-logopedista, 1 terapeuta della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, anche fisioterapista o psicomotricista ogni 1600 abitanti, 1 educatore professionale ogni 8000 abitanti, assistenti sociali in proiezione stabile, personale amministrativo e/o ausiliario e/o infermieristico di supporto. In questo scenario, lo *Schema di Accordo tra il Governo, le Regioni e le Provincie autonome sul documento "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale"* integrato dal documento *"Rete dell'emergenza-urgenza pediatrica"*, Ministero della Salute, 23 dicembre 2016, hanno promosso la realizzazione di un modello assistenziale a rete,

integrato tra Ospedale e Territorio, che assicuri la qualità e la continuità dell'assistenza; promuove inoltre l'aumento del numero di posti letto di NPIA con attivazione e/o potenziamento delle aree di ricovero ordinario di Neuropsichiatria Infantile.

In Piemonte sono 4 le NPIA ospedaliere (Torino, Cuneo, Alessandria e Novara), ma solo due hanno posti letti strutturati in un reparto di NPIA (Torino 18 ed Alessandria 4); per i numeri sopra menzionati sono quindi del tutto insufficienti.

Basti pensare che al pronto soccorso dell'area pediatrica della AOU Maggiore della Carità di Novara, tra marzo 2020 e dicembre 2021, su un totale di 9194 accessi, 115 sono stati con una diagnosi di disturbo psichiatrico (atti anticonservativi/autolesivi, stati di agitazione psicomotoria, disturbo d'ansia) e di questi 26 11 atti anticonservativi/autolesivi, 6 agitazione psicomotoria, 5 disturbi alimentari, 4 disturbo d'ansia sono stati ricoverati nel reparto di pediatria oppure nel reparto di psichiatria. Questi dati sono circa 3 volte i dati del 2019.

Come affrontare queste richieste di cura? Le due strutture di NPIA ospedaliere e territoriale da tempo condividono per le problematiche neurologiche e psichiatriche percorsi di intervento diagnostico e di cura, intervenendo la prima nella fase acuta del problema e la seconda prendendo in carico il soggetto per la fase di abilitazione/riabilitazione. Seppure



nell'ambito della urgenza neurologica, quindi l'accesso in pronto soccorso pediatrico ed eventuale relativo ricovero, il percorso sia più lineare in continuità con la competenza dei colleghi del reparto di pediatria, il soggetto con sintomatologia acuta psichiatrica fa emergere le criticità dell'intervento di cura.

Il neuropsichiatra infantile presso i Pronto Soccorso svolge un punto di snodo ospedale-territorio per intercettare pazienti e discriminare i quadri clinici da indirizzare a percorsi differenti; deve intervenire con un trattamento integrato per alcuni quadri clinici gravi, con sintomatologia mista e con necessità di alta intensità assistenziale: tentato suicidio, autolesione, uso sostanze ecc.; interviene nella decisione per un trattamento farmacologico, con passaggio da terapia per l'acuzie a terapia in cronico (protocollo HUB-SPOKE); valuta e decide con il pediatra in PS l'opportunità di un ricovero in ambiente pediatrico.

Il ricovero in ambiente pediatrico e non in un reparto di neuropsichiatria mette in luce le criticità del sistema, sia strutturali (stanza e locali idonei a gestire situazioni di rischio per autolesioni, atti anticonservativi) sia di formazione del personale sanitario medico ed infermieristico. Queste criticità non possono essere lasciate alla disponibilità del singolo ma richiedono interventi di

formazione continua con un lavoro necessariamente di equipe.

In questa direzione i soggetti chiamati ad intervenire, pediatra, neuropsichiatra infantile con il supporto della direzione Generale della AOU Maggiore della Carità, stanno implementando e rafforzando le capacità di intervento, con corsi di formazione per tutto il personale coinvolto, spazi e percorsi dedicati, attività di laboratorio (scuola, arte, musica,...) parallele a quelle terapeutiche. Tutto questo in continuità con la Neuropsichiatria Infantile del territorio per rispondere ai bisogni del soggetto minorenne e della famiglia con soluzioni articolate (territorio-ospedale-centro diurno-comunità-territorio) e volte a salvaguardare lo stato di benessere del soggetto.

Prof. Maurizio Viri



2. ADOLESCENZA AL TEMPO DEL COVID

SOPRAVVIVERE EMOTIVAMENTE NEI NUOVI SCENARI FAMILIARI, SOCIALI E SCOLASTICI

L'adolescenza rappresenta sicuramente la fase della vita più spiazzante nella sua "singolarità" e nella sua dimensione profondamente trasformativa. Occupa un tempo piuttosto lungo dell'esistenza se consideriamo il periodo che va dalla pre-adolescenza (10-15 aa), all'adolescenza propriamente detta (16-19 aa) e alla post adolescenza o adolescenza tardiva (20-25 aa).

È un'età in cui il funzionamento mentale risulta complesso e talvolta disorientante per l'emergere di meccanismi di difesa anche molto arcaici ed in continua trasformazione.

Modalità che sarebbero, in altri periodi, da considerare francamente patologiche (pensiamo all'eccesso di scarica nell'agito) assumono invece nell'adolescente carattere (difensivamente) transitorio e non necessariamente segno di malattia; elementi in divenire e in trasformazione, assetti "temporanei" necessari per sostenere un sovraccarico emotivo spesso non (ancora) mentalizzabile.

Parlare di disagio adolescenziale significa dunque avventurarsi in un campo complesso, reso eclatante dalla crisi pandemica; un tema che si presenta con urgenza, reclama attenzione attraverso le manifestazioni di sofferenza, visibile e invisibile, di cui siamo purtroppo quotidianamente testimoni.

Un fenomeno che tuttavia vorrei tentare di "leggere" oggi con voi con uno sguardo più esteso, provando cioè a riflettere su aspetti ed elementi che prescindono dalla stretta attualità.

Quello che ci ha forse più colpito nel lungo "periodo covid", in ciò che molti adolescenti hanno manifestato, è lo smarrirsi di un "senso", di una tensione "anticipatoria" sul futuro: una condizione di blocco, di stasi, di limbo evolutivo che li ha visti schiacciati su un presente non "vissuto" perché inghiottito da una sorta di vuoto parassitante.

Ripensando al difficile periodo trascorso affiorano alla mia mente le immagini degli adolescenti incontrati ed anche il ricordo di genitori confusi, preoccupati nell'osservare ragazzi "spenti" che sembravano aver smarrito lo "slancio vitale" tipico dell'età e che trascrivano le loro giornate in casa (spesso rimanendo in pigiama) tra dad e social: traiettorie quotidiane fatte di punti sparsi e incoerenti, senza appunto poterne indovinare un "senso".

Certo, l'adolescenza è un'età normalmente (e necessariamente) contrassegnata anche da momenti di "calma piatta": Winnicott (1964) li definisce di "doldrums", la bonaccia sul mare senza vento.

Una calma tuttavia ricca di invisibili proiezioni sul futuro anche in assenza di scopi immediati o di compiti da eseguire; un indispensabile campo "transizionale" rappresentato da momenti (molti) di apparente "stagnazione", caratterizzati spesso "solo" da un pigro ondeggiare della mente: spazi "potenziali" in cui ogni adolescente può lasciar sviluppare una ricerca di Sè.

La condizione attuale dei ragazzi invece sembra spesso non delineare alcuna esperienza simile, nessuna (possibile) traiettoria futura, nessuno "stagno creativo". Siamo invece tutti verificando, nella fascia di pre-adolescenti e adolescenti, un importante aumento delle patologie internalizzanti (ansia, fobie, depressione, ritiro sociale), dei disturbi della condotta nella valenza più estesa di forme "distruttive" (gravi disturbi alimentari, atti autolesionistici), fino alla messa in atto di agiti anticonservativi.

Un picco di richieste di intervento che ci induce a ripensare alle modalità operative dei Servizi per l'età evolutiva, alla necessità di (ri)dotarsi di un valido modello di lavoro, più consoni agli attuali bisogni ed in grado di reggere l'enorme sovraccarico, anche ovviamente in una prospettiva post pandemica.

Risulta del tutto evidente come, di fronte ad una condizione emergenziale così grave, siano in primo luogo necessari interventi urgenti, di ridefinizione delle piante organiche ad esempio, ma anche di aumento dei posti letto ospedalieri per l'età evolutiva ecc..

Mava anche, di pari passo, necessariamente





considerato come si sia verificata nel tempo una progressiva perdita di un modello di riferimento operativo dei Servizi, nati in Italia, non dimentichiamolo, sulla base di una visione psicoanalitica e sul modello che Marcella Balconi aveva tratto dalle Child Guidance Clinics inglesi, volto cioè alla prevenzione ed alla cura sin dalle fondamentali prime fasi di vita nella diade madre-bambino ed in grado di farsi poi carico, in un approccio globale, al bambino/ragazzo, alla sua famiglia e al suo "ambiente". Un "vuoto" che sta evidenziando nel tempo i suoi effetti.

Un modo di operare più profondo e "curativo" che appare oggi difficile applicare in Servizi spesso purtroppo travolti dal sovraccarico di richieste e dall'emergenza, e in grado quindi di fornire soprattutto risposte operative di riduzione dei sintomi o prassi cliniche standardizzate, limitate alla sola fase diagnostica.

Sbaglieremmo dunque ad attribuire la "colpa" di tutto ciò solo al covid, come se fosse esistita una improbabile età dell'oro adolescenziale nel "prima", a cui si potrà rapidamente ritornare alla fine della pandemia.

Un presente così difficile come quello che stiamo vivendo infatti, amplifica ed enfatizza aspetti di una "adolescenza negata" già assolutamente presente da tempo e che, se non saranno posti in essere interventi trasformativi, temo tenderà inerzialmente a persistere anche "dopo", poiché frutto di una più vasta crisi generalizzata materiale e immateriale del nostro modello di società, di cui gli adolescenti sono forse tra le principali vittime sacrificali.

Ne voglio solo accennare, benché l'argomento meriti ben altro approfondimento: mi riferisco a un modello sociale, quello attuale, caratterizzato dalla "liquefazione" dei precedenti assetti strutturali (Bauman, 1999), da sempre necessari per definire/controllare il futuro, sostituiti da una inquietante "fluidità".

La disgregazione delle reti sociali, di efficienti organismi di azione collettiva a tutti i livelli, configura un "campo liquido" appunto, caratterizzato da una sterminata possibilità di istantanea interconnessione de-materializzata, di "controllo algoritmico" (persino sui nostri consumi individuali), somigliante ad una oceanica distesa, vasta e incontrollabile, difficile da dominare perché mossa da "forze" imperscrutabili (con "centri di potere" sempre più mobili, mutevoli, evasivi).

Si sono nel tempo sempre più indeboliti quelli che vengono definiti (Kaës, 2007) i garanti metasociali, cioè le grandi visioni ideologiche che fanno da sfondo e legante dei processi di vita e consentono il prendere forma dei destini individuali. Un presente senza futuro, un vivere nell'istante, un non tempo come lo definisce Marc Augè (2008), caratterizzato da non luoghi (molti dei ragazzi che seguono

si ritrovano non più all'Oratorio, al campo sportivo, in un angolo di una piazzetta che considerano loro luogo elettivo, o se più grandi alla sede di una associazione o di un partito, ma si danno appuntamento al Centro Commerciale).

Una dimensione in cui sembra davvero molto difficile "essere" e mantenere intatta la propria identità e che costringe ogni individuo a frequenti riorganizzazioni degli assetti psichici al mutare delle condizioni di vita interne ed esterne, sotto la spinta di un'onda di "divenire" all'insegna del perennemente incompiuto, indefinito, effimero. Le forme della "modernità" che stiamo attraversando, per quanto molto diverse tra loro, sembrano infatti avere in comune un rilevante grado di narcisistiche fragilità (sotto alle dimensioni "euforiche" che le caratterizzano), di provvisorietà, di precarietà, e risulterebbe piuttosto strano se la popolazione giovanile non ne venisse in qualche modo investita.

Per gli adolescenti di oggi si rivela molto potente l'attrattore che li guida ad aderire ai canoni di questa nostra società basata sul consumo, dominata dal culto dell'esteriorità, dell'aspetto fisico, di una sessualità epidermica, di un modo di vivere che sembra "evacuare" attraverso un godimento concreto e maniacale (come sostituto del "desiderio") una intima pena e tutto il dolore mentale dello spegnersi e svuotarsi del "dentro", del non riuscire a condividere a livello profondo. Una sorta di strategia "anestetica" che sembra richiamare il nirvana freudiano, il lavoro oscuro e silenzioso della pulsione di morte coperto dal frastuono della vita proveniente da Eros (Freud, 1923).

È in questo scenario dunque che adolescenti (e pre-adolescenti) tornano a far parlare di sé: il difficile momento che





stiamo attraversando ha fatto da detonatore ad una inquietudine sociale molto profonda e, come detto, pre-esistente alla pandemia. E cosa ne è in questi scenari della famiglia?

Il modello familiare (e di conseguenza la funzione genitoriale) così come è stata ereditata dalla cultura del '900, sta attraversando ormai da tempo una profonda "crisi" trasformativa, passando, nell'arco del ventennio che ha preceduto e seguito il cambio di millennio, da una struttura definita di tipo edipico ad una di tipo narcisistico (Charmet, 2009).

Una trasformazione che ha investito e determinato il (nuovo) modo in cui gli adolescenti affrontano la propria esistenza ed i "compiti evolutivi".

La cultura familiare "edipica", caratterizzata dalla rigidità, dai legami precisi e dai ruoli chiari e ben definiti è stata sostituita da una cultura della famiglia di tipo narcisistico, in cui i ruoli affettivi, materno e paterno, risultano meno delineati, più sfumati.

La dinamica che domina questo clima familiare in cui i legami sono così forti (perché sul figlio sono state riposte molte aspettative) finisce però per risultare molto "invischiante". Sin dalla nascita infatti il bambino è guardato con occhi diversi rispetto ai genitori del passato: adorato, investito di cure ed attenzioni amorevoli da entrambi, perché "frutto dell'amore" (non più un "obbligo sociale") in cui riporre le proprie ambizioni di realizzazione personale.

Una tale quota di investimento, sin dalla più tenera infanzia, genera infatti da subito il senso di essere "speciale", unico e pertanto designato dal destino a grandi risultati che lo faranno passare alla storia. Ma se da un lato egli sviluppa un senso grandioso di sé dall'altro non progredisce nella fondamentale capacità di tollerare la frustrazione e quindi l'errore o il fallimento.

La comprensione di queste dinamiche è importante, poiché ci consente di capire il modo in cui bambini e adolescenti nella società attuale affrontano i passaggi di vita. Nella famiglia a carattere narcisistico sembrano essersi smarriti gli obiettivi della crescita, nell'idea che il vero successo formativo si debba raggiungere creando un figlio speciale attraverso un progetto grandioso.

È la dimensione scolastica che si incarica di incrinare questa logica educativa che entra solitamente in crisi allorché il figlio arriva alla scuola secondaria di primo grado. Nel corso dell'infanzia e della primaria il clima materno e protettivo gli aveva ancora permesso di sentire meno la sofferenza davanti ai fallimenti, ma messo piede nell'anticamera del mondo adulto iniziano le difficoltà. Intanto il ragazzo è chiamato ad essere più autonomo, a far maggior fatica nello studio e ad affrontare compiti difficili. Inoltre anche dal punto di vista della socializzazione e quindi delle relazioni con i pari sarà meno accompagnato dall'adulto rispetto agli ambiti scolastici precedenti.

È proprio in questi passaggi che si scopre la vergogna e il senso di inadeguatezza, sentimenti che hanno preso il posto del senso di colpa tipico della famiglia edipica (sotto il dominio non più del Super Io quindi, ma dell'Ideale dell'Io). Elementi che vanno a comporre la fragilità interna dell'adolescente Narciso e che complicano il suo percorso di crescita. Se per l'adolescente Edipo era sufficiente trovare delle strategie per riparare a quanto commesso

e liberarsi così dal senso di colpa, l'adolescente Narciso è invece chiamato a far fronte a sentimenti profondi e dirompenti che minano la sua costruzione identitaria. A tutto ciò si deve però aggiungere e contrapporre una diversa e spesso disperante polarità di "modello familiare", frequentemente incontrata nei nostri ambulatori, relativa alle più recenti ed epocali trasformazioni sociali.

Da diversi anni osserviamo infatti come i rapidi spostamenti collettivi, la fragilità economica ed esistenziale delle famiglie, le migrazioni, abbiano determinato una complessità delle condizioni di vita connotate da sofferenza, spaesamento ed alienazione dei genitori nelle fasce più vulnerabili di popolazione, con inesorabili ricadute sulle capacità genitoriali del "prendersi cura" dei figli sin dalla nascita, al di là di una dimensione di pura sopravvivenza materiale. Una condizione che spesso ne inibisce e limita la costruzione della personalità ed il dispiegarsi delle potenzialità, con ovvie conseguenze anche sulla sfera scolastica e dell'apprendimento. Adolescenti che vivono in modo esasperato l'estraneità di una condizione adolescenziale di fatto impedita, o che subiscono pesanti interferenze sulle forme "rituali" che dovrebbero invece consentire il normale transito verso l'età adulta. (per la precarietà delle condizioni ambientali e per essere spesso precocemente costretti a soverchianti e traumatiche "prove", pensiamo alle migrazioni e adesso all'arrivo dei profughi dalle zone di guerra).

Sicuramente dunque mai come oggi la dimensione adolescenziale può essere intesa come "frontiera" in cui ritrovare le contraddizioni e le "malattie" della società, con il risultato di materializzare, al di là, come già accennato, dei multiformi gravi segnali sintomatici degli ultimi tempi, numeri rilevanti (se non impressionanti) di disturbi borderline o comunque disturbi gravi della personalità, e l'emergere di comportamenti devianti e antisociali soprattutto nelle fasce di popolazione più fragile.

Questi (nuovi) scenari così complessi e allarmanti credo debbano rendere per noi (mondo adulto) prioritario ed



indispensabile il pensare a "luoghi" da mettere a disposizione in cui gli adolescenti possano condurre le necessarie esperienze esplorative, su sè stessi.

Esperienze di vita che mantengano però un contatto con la dimensione adulta di riferimento e di guida; quelle preziose "funzioni vitali" di stampo genitoriale (Meltzer, Harris, 1986) che consentono una esperienza di "limite" e di contenimento (transitorio) del sovraccarico emotivo dei ragazzi, per favorirne una capacità di pensiero e di mentalizzazione.

Questa nostra attenzione si rende indispensabile proprio perché per l'adolescente risulta oggi (e non solo "da oggi") altamente problematico "fare esperienze" nella direzione di questa naturale ricerca per il consolidamento del Sè; i ragazzi rischiano spesso di ottenere risposte dal mondo adulto che tentano di adultizzarli, oppure di infantilizzarli non consentendo loro di sperimentare momenti di crescita in autonomia.

La riduzione di adeguati ed indispensabili "spazi per i ragazzi" è un importante fenomeno sottaciuto che investe il percorso evolutivo fin dalle età precedenti a quella adolescenziale. Oggigiorno, nel nome del controllo e della sicurezza, si sono enormemente ristrette (e ancora una volta il covid non c'entra molto) le possibilità per i ragazzi, di vivere in autonomia banali esperienze del quotidiano, come andare a Scuola, a trovare gli amici, a giocare ecc...

Osserviamo infatti come già da bambini si esca molto meno e quasi esclusivamente per partecipare ad attività strutturate: l'ora di ginnastica, di piano, di danza, di calcio (spesso con una partecipazione così intrusiva dei genitori da far assomigliare i campetti e le partitelle a tristi palcoscenici sguaiati e diseducativi del peggiore tifo da stadio).

Se rimangono in casa, lo spazio del gioco è occupato dalla televisione o dal gioco elettronico, condotto solitariamente, oppure (come raccontano sempre più spesso i genitori) in connessione con altri giocatori, ma tramite la rete. A volte addirittura i giocatori si dispongono in stanze diverse nell'ambito di una stessa abitazione.

Questa condizione così "preclusa" ci rimanda prepotentemente al tema centrale, già presente in forma germinale in latenza ma più proprio dell'adolescenza, connesso alla spinta naturale a separarsi e soggettivarsi: la necessità di affrontare prove "iniziatriche", di "scoprirsi" incontrando il proprio limite e il confine delle proprie forze.

Sappiamo come il transitare in queste prove assuma in quasi tutte le culture, con forme diverse, il carattere di una morte simbolica (dell'essere bambino) per rinascere in una nuova dimensione identitaria adulta.

Formano i luoghi che si è osato esplorare e attraversare, gli oggetti incontrati e perduti, i traumi superati. Quello dei limiti e confini famigliari, allargato alla nozione più generale del loro travalicamento per la ricerca del Sé, è un tema profondamente legato prima ancora che alla condizione adolescenziale alla storia della nostra specie.

Non c'è affatto da stupirsi, dunque, se ritroviamo questi elementi così intrecciati nella palestra di vita rappresentata dagli stadi

evolutivi che caratterizzano l'adolescenza. Quanto all'importanza di queste prove iniziatiche adolescenziali affiorano miei ricordi personali riferiti ai primi "viaggi" in autonomia e con gli amici (spostamenti "geografici" ma anche viaggi affettivi, percorsi di (ri)modulazione delle mappe e degli oggetti interni). Si affaccia alla memoria il mitico interrail: il biglietto ferroviario forfettario per i ragazzi che consentiva, con poca spesa, di girare l'Europa e arrivare addirittura fino in scandinavia. Oggi l'interrail è stato abolito per i ragazzi e mantenuto, in altra forma, solo per gli adulti, così come mi dicono sia a rischio di ridimensionamento persino l'Erasmus, il programma di mobilità studentesca nell'Unione Europea nato da una geniale idea di Sofia Corradi.

Ma c'è un punto, collegato a queste ultime riflessioni, che merita un'approfondimento. La ricerca di un'identità stabile e socialmente riconoscibile matura anche necessariamente attraverso la sperimentazione di "sfide al limite", di "trasgressioni" a norme sociali e genitoriali (dal guscio protettivo ma potenzialmente soffocante, della famiglia), a cui sono connessi, in un indistricabile intreccio emotivo, un eccitante senso di indipendenza ed il timore o la paura.

L'importanza di tale ruolo come "limite" con cui confrontarsi è centrale nel rapporto con le figure genitoriali nell'ambito del superamento dell'Edipo: i ragazzi hanno necessità di "oppositori" al tentativo del figlio di impadronirsi della loro autorità (Ogden, 2006) e non, come detto, di "amici", come vediamo purtroppo in modo sempre più frequente.

Sono perciò spesso presenti nei ragazzi in questa fase sentimenti contrastanti: assieme alla spinta per superare un confine c'è contemporaneamente il bisogno di esso, di un contenimento adulto. Il bisogno di affrontare esperienze normalmente difficili da conciliare, come dipendenza e separatezza, intimità e ignoto, rende necessaria, affinché il cambiamento e la crescita si possano produrre, una silenziosa e invisibile cornice di stabilità.

È un passaggio necessario e inevitabile, poiché la ricerca soggettiva del proprio



limite e il bisogno di esso consentono di stabilire un confine chiaro tra sé e l'altro, presupposto per una personalità equilibrata capace di costruire soddisfacenti relazioni nella vita adulta.

Proprio questo dovrebbe dunque sostanzialmente essere il compito degli adulti (di tutti gli adulti, non solo dei genitori): predisporre e consentire ambiti solidi ed elastici, sicuri ma non per questo troppo organizzati e soffocanti come sono spesso gli attuali, a cui gli adolescenti possano liberamente accedere ed esprimere la loro spinta evolutiva, le loro inclinazioni personali, relazionali, le loro scelte... imparare a "essere nel mondo" e a diventare se stessi.

Luoghi di invenzione e di (ri)scoperta, tutti i luoghi che abbiamo noi stessi attraversato da ragazzi, che ancora continuiamo a cercare. Quel genere di "luoghi" (e "stati dell'anima") mirabilmente evocati da Rilke (1910) nei Quaderni di Malte Laurids Brigge come necessari percorsi di crescita personale: "...Bisogna, dice Rilke, vedere molte città, uomini e cose, bisogna conoscere gli animali, capire il volo degli uccelli e comprendere il gesto con cui i piccoli fiori si aprono al mattino. Bisogna saper ripensare a itinerari in regioni sconosciute, a incontri inaspettati e congedi previsti da tempo, a giorni dell'infanzia ancora indecifrati, ai genitori che eravamo costretti a ferire quando portavano una gioia e non la comprendevamo (era una gioia per qualcun altro), a malattie infantili che cominciavano in modo così strano, a giorni in stanze silenziose e raccolte e a mattine sul mare, al mare soprattutto. A mari, a notti di viaggio che passavano con un alto fruscio e volavano assieme alle stelle - e ancora non è sufficiente poter pensare a tutto questo...".

Bisogna dunque poter attraversare molti di questi "luoghi" (Pontalis, 1986), fuori e dentro di sé, per avere qualche speranza di riuscire a diventare se stessi. Luoghi da vivere e percorrere per poi dimenticare, reinventare, trasformare; luoghi indispensabili per crescere e diventare adulti sfuggendo, come ci indica il grande Winnicott (1969), alle pressioni del "conformismo" verso cui la società tende rigidamente a incanalare; luoghi in cui vivere gli "incontri" necessari e provare quelle esperienze soggettivanti ed espansive del (vero) Sé che accompagneranno poi tutta l'esistenza, continuando a modulare il senso interno di coesione e di identità. La crescita personale di ogni adolescente dipende molto dalla qualità di questi "itinerari" di soggettivazione, dall'incontro con adulti che li rendano possibili e li sostengano ma in modo non intrusivo, dalla possibilità di dare un significato alle vicende di relazione in modo da potere interiorizzare gli "oggetti" incontrati nel proprio percorso di vita senza esserne annientati.

È quindi davvero tempo che il mondo adulto, nelle sue articolazioni Istituzionali e non, recuperi quel ruolo di guida, con "funzione" genitoriale, e di predisposizione di questi "luoghi elettivi" per la crescita, di "contenitori esperienziali" rassicuranti ed adeguati che consentano il cammino di "ricerca", che i nostri adolescenti, mai come oggi, stanno (così disperatamente) reclamando.

Mi auguro che la giornata di studio di oggi possa consentire un valido contributo in questa direzione.

Bibliografia

Augé M. (2008) *Che fine ha fatto il futuro?*, Elèuthera, Milano.

Bauman Z. (1999) *Modernità liquida*, Laterza, Bari, 2011

Freud S. (1923) *L'io e l'Es*, in Opere, vol. IX, Bollati Boringhieri, Torino, 1984

Kaës R. (2007) *Un singolare plurale*, Borla, Roma.

Meltzer D., Harris M. (1986) *Il ruolo educativo della famiglia (un modello psicoanalitico dei processi di apprendimento)*, Centro Scientifico, Milano, 1986

Ogden T. H. (2006) *Leggendo Loewald: l'Edipo riconsiderato*. In: (2009) *Riscoprire la psicoanalisi*. CIS, Milano.

Pietropolli Charmet G. (2009) *Fragile e spavaldo, ritratto dell'adolescente di oggi*, Laterza, Bari

Pontalis J.B. (1986) *L'amore degli inizi*, Borla, Roma, 1990

Rilke R.M (1910) *I quaderni di Malte Laurids Brigge*, tr. It Adelphi, Milano, 1992

Winnicott D.W. (1964) *This feminism*, in Caldwell L. Taylor Robinson H. (eds.), *The Collected Works of D.W. Winnicott*, vol. 7, Oxford University Press, New York, 2017

Winnicott D.W. (1969) *Sum, io sono*, in (1986) *"Dal luogo delle origini"*, Raffaello cortina, Milano, 1990

Prof. Maurizio Stangalino



DXL anni DELL'OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITÀ

BOLLA

Dell' Ospedale di S. Michele, chiamato Ospizio della Carità, eretto ne Borghi di Novara; Concesa per Indulto da Sisto Quarto Pontefice l' Anno del Signore mille quattro cento ottanta due.



Sisto Vescovo Servo de Servi di Dio à perpetua memoria del fatto; Secondo la disposizione della providenza Sourana, prefistendo noi al Governo universale della Chiesa, & della Gregia del Signore trà le molte cure, a cui attendere per obbligo dell' Offizio Pastorale crediamo esser tenui quella con ogni caldezza d' affetto abbracciamo che ci impone non senza gran motivo, per cui si porge soccorso à bisognosi, e poveri di Giesù Christo, & ad altre miserabili persone nelle loro povertà, e bisogni, e per cui li Ospedali, & altri luoghi, i quali hà di già fabricati per loro mantenimento, e varij esercizi di carità parevano men commodi, hora si ingrandiscono, e si restaurino, e felicemente si conservino, secondo che vediamo esser ispediente al loro stato, & alla commodità delle persone miserabili per via d' unione, e commodamente, ò in altro modo si riducano ad un stato convenevole. Certamente la dimanda fatta per parte del Ven. Nostro Fratello Ardicino Vescovo di Alessia, & delli diletti figlioli della Comunità de Cittadini Novaresi, e di Nicolò de Morbij Ministro del sopraccennato Ospedale de Poveri di S. Michele, detto Ospizio della Carità, de Borghi di Novara, ed ancora ad istanza de quattro Cittadini Novaresi deputati al governo dell' Ospedale, insieme col prefato Ministro di esso della medesima Comunità conteneva,

Che non solo nel predetto Ospedale di S. Michele, ma ancora nelli altri Ospedali di detti Borghi di S. Giuliano, S. Dionigi, Santa Maria Nova, e di S. Gottardo pur di questa Città di Novara, dell' Altare di S. Bartolomeo, di S. Colombano, di S. Antonio per la scarsezza, e tenuità delle raccolte, entrate, rendite, e per la povertà dell' officio,

*Narrativa della
Supplica.*

1482. 12. gbre.

In questo 2022 ricorrono i cinquecentoquaranta anni dalla istituzione ufficiale dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara. La data di riferimento è infatti il 1482 (12 novembre per l'esattezza) quando una Bolla di papa Sisto IV (Francesco della Rovere) sancisce l'unificazione di tutti gli "ospedali" della città e l'Ospedale di San Michele muta la propria denominazione in Ospedale Maggiore della Carità, che si è conservato fino ai nostri giorni.

Tra i secoli XI e XII, sul territorio novarese, ma senza costituire un'eccezione locale, c'era stata una sorta di esplosione di luoghi, detti "hospitalia", in seguito all'iniziativa di singoli, laici o religiosi, di dimensioni ridotte, in cui si provvedeva alla cura degli infermi e anche all'accoglienza di pellegrini, miserabili, orfani, in una parola la legione di poveri e senza dimora bisognosa perlomeno di qualche attenzione, di un elementare ricovero.

Il censimento storico presenta un formidabile campionario di localizzazioni e già nell'816 esisteva a Novara l'ospedale di Santa Maria, nei pressi del duomo romanico poi distrutto nell'Ottocento.

Collocati in luoghi strategici relativamente alle vie di comunicazione, si potevano trovare monaci benedettini a settentrione della città sulle vie dirette verso l'Ossola, lungo la via in direzione di Vercelli (attuale largo Cantelli) i Canonici Mortariensi, sulla strada per Milano (a S. Agabio) i Gerosolimitani, non distante da quello della carità

intestato a S. Michele. Ma almeno un'altra ventina di realtà simili esistevano entro e fuori le mura cittadine, al cui studio un contributo fondamentale venne data da Giambattista Morandi e Stefano Ferrara nel loro studio pubblicato nel 1907. In questa costellazione di piccole e medie realtà di assistenza, si distinguevano gli Umiliati, nel 1298 testati in numero di 15 a Novara, movimento religioso (maschile e femminile) in auge fra XII e XIII secolo dedito alla tessitura della lana, all'assistenza e alla predicazione.

A Novara erano a loro affidati l'ospedale dei Gritti, dei Muricoli, dei Rastelli, di s. Agata e di s. Marta e soprattutto l'ospedale della Carità accanto alla chiesa di S. Michele a partire, secondo le fonti, dal secolo XII e situato sulla via per Milano, quindi in zona s. Agabio. Su questo ospedale si erano in particolare rivolte le attenzioni delle autorità, civili ed ecclesiastiche, e soprattutto i lasciti dei privati, acquistando una certa autonomia se dal 1208, grazie alla donazione di tale Guala de Aldo, poteva dimorare in pianta stabile un sacerdote nella chiesa di s. Michele.

A partire dalla metà del secolo XII compare, unito a S. Michele, un Consorzio delle Calende della Carità. Il 1317 segna un passaggio cruciale: il canonico della cattedrale, Eleuterio Cattaneo da Sillavengo, stimando molto l'opera degli Umiliati, dona all'ospedale s. Michele tutti i suoi beni siti in Garbagna e altre zone del Novarese. Arriviamo al 1479, quando i reggitori novaresi chiesero alla duchessa Bona di Savoia, signora della città e reggente del ducato di Milano per conto di Gian Galeazzo Maria Sforza, di riunire all'ospedale di s. Michele altri sette ospedali cittadini minori: la risposta fu positiva, sull'esempio dell'avvenuta creazione del s. Matteo a Pavia e della Cà Granda

a Milano, nel tentativo di concentrare e razionalizzare (già allora!) risorse e forze. A seguire l'autorizzazione del vescovo di Novara (dal 1468 al 1484) Giovanni Arcimboldi, venne la Bolla papale da cui siamo partiti e possiamo passare in rassegna, come una litania, l'elenco degli ospedali aggregati a quello di s. Michele: s. Antonio, s. Maria Nova in Passafango, s. Bartolomeo, s. Dionigi, s. Gottardo, s. Colombano, s. Giuliano (l'autonomia del quale venne salvaguardata dal Paratico dei Calzolai).

La Bolla di papa Sisto stabiliva anche le regole per la gestione ordinaria e per la scelta degli amministratori, mentre nel 1486 (3 ottobre) un altro Papa, Innocenzo VIII (Giovanni Battista Cybo) emana una nuova Bolla in cui vengono promesse indulgenze speciali per quanti faranno donazioni a favore di bambini orfani, sollecitando altresì la creazione di un edificio maggiormente attrezzato per le necessità di ricovero e cure. Questa in sintesi la storia antica che ci ha portato a ricordare l'anniversario. E possiamo aggiungere che questa parola, "Carità", che da secoli accompagna l'istituzione ospedaliera novarese, e tanto impegnativa da ogni punto di vista, trova plastica espressione, oltre che in alcuni affreschi sparsi nelle antiche stanze dell'ospedale, nelle due statue in pietra arenaria scolpite da Giuseppe Argenti (1811-1876) e collocate nel quadriportico progettato dall'architetto seicentesco Gian Francesco Soliva, quasi ad accogliere coloro che arrivano. Le due statue vennero realizzate nel 1842: giusto centoottanta anni fa.

Ercole Pelizzone

RICORDO DELLA DOTT.SSA DELL'OCCHIO



Si è spenta all'età di 95 anni Daniela Dell'occhio, medico di base per quarant'anni a Prato Sesia e "staffetta" partigiana con il nome di 'Tormenta'. Durante la guerra di liberazione Daniela svolse molti servizi per il comando partigiano della sua zona e fu testimone di tutte le principali vicende resistenziali a Varallo Sesia e in valle. Terminati gli studi liceali, nel giugno del 1945, poche settimane dopo la Liberazione, si iscrisse a medicina e si laureò.

Alla carriera politica preferì la militanza di base, impegnandosi soprattutto nelle battaglie per l'emancipazione femminile: ebbe modo di ricordare, durante i suoi incontri con gli studenti, quella per l'eliminazione della pratica della richiesta del test di gravidanza alle donne da parte del datore di lavoro prima dell'assunzione.



OLIO DI SEMI DI GIRASOLE ALTO OLEICO

Può davvero sostituire l'olio di oliva extravergine?

Vincent Van Gogh dipinse 7 tele raffiguranti girasoli in varie composizioni, dedicate al suo amico Paul Gauguin per arredare la stanza, che l'avrebbe ospitato nella sua casa di Arles.

Sicuramente Vincent, rimase colpito dalla bellezza di tali fiori dorati che coloravano interi campi e per la loro peculiarità di essere eliotropi. Nel mondo oltre 25 milioni di ettari, sono destinati alla coltivazione di questi fiori, maggiormente in Russia e Ucraina, non certo per la loro bellezza, ma con una precisa finalità: l'impiego come foraggio, ma soprattutto per la produzione di olio ricco di acidi grassi polinsaturi salutari. Il normale olio di semi di girasole contiene il 70% di acido linoleico, polinsaturo, il 20% di acido oleico, monoinsaturo, e un 10% di acidi grassi saturi come il palmitico e lo stearico. L'alto contenuto di acido linoleico lo rende valido per l'impiego a crudo o per la produzione di margarina, ma non adatto per la frittura, per l'alto grado di insaturazione che non consente di mantenerlo integro alle alte temperature.

Negli anni passati gli studiosi avevano notato che la composizione dell'olio di girasole variava in condizioni climatiche diverse. In climi freddi l'acido linoleico poteva raggiungere anche il 70%, mentre coi climi più caldi era il contrario: diminuiva la percentuale di acido linoleico e invece aumentava quella dell'acido oleico sino al 50%. Era dunque possibile modificare la genetica del girasole per aumentarne la percentuale di acido oleico quasi come fosse olio di oliva?

Nel 1976, fu per primo uno scienziato russo a riuscirci, Karm Ivanovic Soldatov, cimentando moltissimi semi con una molecola capace di indurre mutazioni genetiche: il dimetilsolfato.

Il nostro studioso dopo svariati tentativi, riuscì infine nell'intento di produrre un olio con una alta percentuale di acido oleico addirittura superiore allo stesso olio di oliva.

Era nato l'olio di semi di girasole "alto oleico". Oggi alcuni di questi oli contengono anche l'85% di acido oleico, un 8% di acidi saturi e poco più del 6% di acido linoleico.

Nelle piante il processo di sintesi degli acidi grassi inizia con quelli saturi, come nel caso anche del girasole, per esempio acido stearico con 18 atomi di carbonio formando una sorta di barra rigida. Un primo enzima, poi, si incarica di piegare a metà questa barretta aggiungendo un doppio legame originando acido oleico con doppio legame in posizione 9 (omega 9), perciò detto

monoinsaturo. Successivamente un altro enzima, induce una ulteriore piega nella molecola inserendo un secondo doppio legame, originando l'acido linoleico polisaturo (con doppio legame in posizione dell'atomo di carbonio 9 e 12). Soldatov riuscì nell'impresa di bloccare questo secondo enzima inducendo una alta sintesi di solo acido oleico.

Partendo da questi risultati, l'industria ha posto in commercio olio di semi di girasole ottenuti con estrazione e raffinazione chimica e altri con estrazione meccanica, avendo comunque la necessità di eliminare l'acidità eccessiva e tutte le sostanze estranee come gomme e mucillagini, con perdita di elementi utili come polifenoli e tocoferoli antiossidanti (vitamina E). Per tale ragione in commercio compaiono oli di girasole con aggiunta vitamina "E" e arricchiti con i polifenoli estratti da erbe aromatiche quali salvia, rosmarino e alloro, garantendo una "shelf life" di 24 mesi (vita media dalla estrazione) contro i 18 mesi dell'extravergine di oliva. Ma non è questo il punto, poichè il confronto con l'olio di oliva non regge per una molteplicità di ragioni. Intanto ci sono 400 cultivar di olive diverse in Italia con straordinarie varietà regionali e quindi con aspetti gustativi-sensoriali differenti che nascono dai polifenoli bioattivi. Pensiamo, per esempio ai composti quali oleuropeina, idrossitirosolo, all'oleocantale, quest'ultimo ad azione anti infiammatoria, ai 280 composti volatili dei quali 70 raggiungono la soglia percettiva sensoriale, oppure alla oleocina, ultimamente valutata per la sua attività antiipertensiva paragonabile ai farmaci ACE inibitori di largo

impiego e tanto altro ancora. Ma allora dove possiamo collocare l'impiego dell'olio di semi di girasole alto oleico?

Sicuramente, a crudo per preparare dolci, ma soprattutto la sua collocazione è nell'impiego per le frittiture dove occorrono alte temperature. L'alta concentrazione di acido oleico permette di raggiungere punti di fumo intorno ai 200-220°C, mentre quello normale non alto oleico, arriverebbe ai soli 130°C compromettendo il risultato della frittura con scomposizione dei grassi polinsaturi e produzione di aldeide acrilica, potenzialmente gastroepatotossica e cancerogena.

Il costo più contenuto e l'uso sopra descritto, possono farne un giusto alleato in cucina.

Un suo impiego a crudo, specie con l'aggiunta di aromi in alcuni prodotti, potrebbe rivelarsi utile per influenzare la sintesi di colesterolo HDL (buono) e migliorare il profilo delle lipoproteine prevenendo l'ossidazione delle LDL-colesterolo potenzialmente coinvolte nella aterosclerosi.

Ma le stesse funzioni sono magnificamente svolte dall'olio extravergine che tra l'altro è l'unico che risulti il prodotto della spremitura di un frutto (la drupa) e non di un seme.

In conclusione, per rispondere alla domanda iniziale, il consumo di olio di oliva extravergine rappresenta solo il 3% dei volumi di tutti gli oli normalmente consumati, ma è anche il solo e unico a regalarci emozioni gustative a conferire sicuri benefici salutari che con soli 3-5 cucchiaini al giorno nessun altro può sostenere. Dunque seguiamo pure i pareri di "Masterchef", per gli impieghi limitati di cui abbiamo trattato, ma non possiamo che sottolineare la superiorità dell'olio EVO, anche solo per alcune delle ragioni sopra esposte.



*Dott. Flavio Dusio – Medico Chirurgo
Specialista in Scienza
della Alimentazione e Dietetica
Accademico Italiano della Cucina - Novara*

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

Il Sindacato dei Dirigenti Medici e Sanitari



Per i nuovi iscritti, polizza
RC Colpa Grave gratis
fino al 01/01/2023

**I NOSTRI SERVIZI
GRATUITI:**



**POLIZZA
TUTELA LEGALE**



**PRONTO,
AVVOCATÓ?**



**FORMAZIONE
ECM FAD**



**ASSISTENZA
FISCALE**



**CONSULENZA
PREVIDENZIALE**