



NEWSLETTER

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Novara

Sondaggio Ipsos, Anelli (FNOMCeO): “I cittadini si fidano dei medici. Difendere la nostra autonomia significa tutelare la loro salute”

“La promessa fatta con il Giuramento viene prima di ogni altra...”

APPROFONDISCI!



Link Utili:



Contatti segreteria: Tel: 0321/410130

Mail: ordinemediciodontoiatrinovara@gmail.com

Pec: segreteria.no@pec.omceo.it



Anthony Stephen Fauci (New York, 24 dicembre 1940) è un immunologo statunitense di origini italiane, noto per i suoi contributi nella ricerca sull'AIDS e altre immunodeficienze.

Ritenuto uno dei massimi esperti a livello mondiale nel campo delle malattie infettive e dell'immunologia, ha ricoperto il ruolo di consulente per conto di tutti i presidenti degli Stati Uniti d'America a partire da Ronald Reagan nel 1989.

Dal 1984 al 2022 è stato direttore del National Institute of Allergy and Infectious Diseases, ente del Dipartimento della Salute statunitense specializzato nello studio delle malattie infettive e immunitarie e delle allergie. Nel 2020, durante la pandemia di COVID-19, Fauci è divenuto uno dei volti più importanti nella lotta al virus SARS-CoV-2, tanto da essere stato chiamato dal presidente Donald Trump a far parte della task force dedicata ad affrontare l'emergenza. In tale veste, ha spesso contraddetto o rettificato affermazioni pronunciate dal presidente durante la gestione della crisi sanitaria, tra cui la fiducia da questi manifestata nei confronti dell'efficacia dell'idrossiclorochina nel combattere la COVID-19. Nel gennaio del 2021 il successore di Trump, Joe Biden, lo ha nominato consigliere medico capo, carica che ha mantenuto fino alla fine del 2022.



**«Non puoi preoccuparti di salvare la tua reputazione.
Devi preoccuparti di salvare delle vite».**

(Anthony Fauci)



Usa: midterm, a un mese dal voto, panico serpeggia fra candidati repubblicani



N.10 Ottobre 2026

Dott. Giampiero
Gramaglia

A meno d'un mese dal voto di midterm del 3 novembre, ansia e panico cominciano a serpeggiare fra i candidati repubblicani, anche negli 'Stati rossi', cioè quelli conservatori – gli 'Stati blu' sono quelli progressisti -: l'ambiente socio-politico creato dalla guerra all'Iran e dall'aumento del costo della vita ed in particolare dei carburanti crea e alimenta un allarme diffuso che i democratici possano "prendere tutto". Politico afferma che "le contraddizioni" del presidente Donald Trump e "gli echi negativi delle sue decisioni" si accumulano e pesano sui candidati repubblicani.

Così, molti di essi prendono le distanze dal presidente volta a volta sulla guerra, sui dazi, persino sulle deportazioni degli immigrati senza documenti, anche negli Stati più tradizionalmente sicuri, dove i loro seggi sono improvvisamente a rischio, come Alaska, Iowa, Maine, persino Texas.

Un esempio: sul fronte dell'Iran, il magnate presidente ha bocciato la tregua di una settimana proposta da Teheran, che comportava la riapertura dello Stretto di Hormuz e, in parallelo, la levata del blocco Usa ai porti iraniani. Eppure, il cessate-il-fuoco avrebbe ridato fiato ai frenetici mercati dell'energia planetari e avrebbe, quindi, alleggerito la pressione sui consumatori statunitensi, che decideranno chi votare alle elezioni di midterm in base al prezzo dei carburanti alla pompa.

Nelle ultime settimane, un altro fattore s'è aggiunto alle discriminanti elettorali: le preoccupazioni sull'IA espresse da guru dell'informatica, che segnalano il rischio che la 'creatura' sfugga di mano e diventi una minaccia. Ad appassionare per ora gli elettori, non è però il dibattito tra chi vuole regolamentare il fenomeno e chi no – tra questi, il presidente Trump -, ma sono piuttosto i progetti di costruzione di enormi 'data center' che suscitano diffidenze e resistenze a livello locale.

Nelle elezioni di midterm, che cadono a metà di ogni mandato presidenziale, si rinnova sempre tutta la Camera (435 seggi, 219 repubblicani, 214 democratici, due vacanti) e un terzo del Senato (100 seggi, 53 repubblicani e 47 democratici, uno dei quali, però, John Fetterman, della Pennsylvania, vota spesso con i repubblicani). Il mandato dei deputati dura due anni, quello dei senatori sei. Quest'anno, i seggi in palio al Senato sono 35: 33 di senatori a fine mandato e due per riempire vuoti creati da decessi e/o ritiri.

Il livello di popolarità molto basso del presidente – solo un americano su tre ne approva l'operato – e i sondaggi sulle intenzioni di voto fanno pensare che i democratici conquisteranno la maggioranza alla Camera, dove il margine dei repubblicani è risicatissimo – quattro seggi -. Il Senato, invece, è in bilico: i democratici devono strappare ai repubblicani quattro seggi, senza perderne nessuno; se finisce 50 a 50, il Senato resterebbe repubblicano, perché, in caso di parità, il voto decisivo è quello del presidente dell'assemblea, che è il vice-presidente JD Vance.

Ai democratici, basterà conquistare la maggioranza in uno dei due rami del Congresso per potere paralizzare le iniziative legislative dell'Amministrazione Trump. Dovessero avere la maggioranza sia alla Camera che al Senato, il presidente Trump diventerebbe un'anatra zoppa - gli americani chiamano così un presidente senza potere – e sarebbe anche esposto al rischio di impeachment.

Per provare a salvare 'il soldato Donald', che ci mette del suo per farsi affossare, i repubblicani hanno giocato la carta del 'gerrymandering' selvaggio: hanno cioè ridisegnato i collegi elettorali degli Stati da loro controllati per garantirsi più seggi. In alcuni casi, come in Florida, Louisiana e altrove, è andata bene; in altri, come in Missouri, la Corte Suprema ha bloccato l'operazione. E i democratici non sono stati a guardare. In California e altrove hanno fatto 'gerrymandering' anche loro.

L'ultima carta - falsa - giocata da Trump il baro è stata la promessa di 5000 dollari ad ogni cittadino americano adulto se i repubblicani manterranno la maggioranza sia alla Camera che al Senato. L'impatto della promessa è difficile da verificare nei sondaggi, perché quei soldi potrebbero 'motivare' soprattutto chi di solito non vota e non risponde ai sondaggi. Quelli cui la politica non interessa, ma 5000 dollari fanno comodo.



Purché Dylan arrivi a novembre



N.10 Ottobre 2026

Dott. Paolo Geraci

Mio figlio mi ha regalato due biglietti per il concerto di Bob Dylan a Milano, il prossimo novembre. È stato un bel regalo, naturalmente. Ma da quando li ho ricevuti mi accompagna un pensiero che non depone particolarmente bene né sul mio ottimismo né sulla mia fiducia nella medicina moderna: speriamo che Dylan ci arrivi. Ha ottantacinque anni. Io dieci meno. La statistica, a ben vedere, dovrebbe suggerirmi una certa prudenza nell'individuare quale dei due costituisca l'anello debole dell'appuntamento. E invece mi preoccupa per lui.

La cosa è tanto più curiosa perché Bob Dylan non mi è mai stato particolarmente simpatico. Non lo conosco, naturalmente: è dunque una di quelle antipatie arbitrarie che riserviamo ai personaggi pubblici quando finiscono per appartenerci un poco. Dylan mi è sempre sembrato presuntuoso, scostante, compiaciuto della propria indecifrabilità. Uno di quegli uomini che, se arrivano tardi a cena, danno l'impressione che sia stata la cena a cominciare troppo presto. Ha trascorso una vita a sottrarsi a chi voleva spiegargli chi fosse. Cantautore di protesta? Non gli andava. Profeta di una generazione? Peggio. Poeta? Quando nel 2016 gli diedero il Nobel per la letteratura non si precipitò precisamente a Stoccolma. Presuntuoso, appunto. Eppure.

Robert Allen Zimmerman era nato nel Minnesota nel 1941 e a vent'anni era arrivato a New York. Poco dopo era già Bob Dylan. Prima ancora delle canzoni e del mito, c'è dunque un ragazzo che cambia nome e decide di diventare qualcun altro. È un gesto adolescenziale e insieme letterario: inventarsi un nome per inventarsi una biografia. A lui, semplicemente, riuscì.

Quando nel 1962 scriveva *Blowin' in the Wind* e *A Hard Rain's A-Gonna Fall*, io avevo undici anni. Non ero un giovane europeo che coglieva l'eco delle lotte per i diritti civili, della minaccia nucleare o della protesta politica. Ero un ragazzino italiano e non capivo una parola. Dylan entrò dunque nella mia vita prima come suono e soltanto molto più tardi come significato: la voce nasale, l'armonica, quella chitarra insistente, le sillabe americane mangiate e trascinate. E soprattutto la sensazione che quell'uomo stesse dicendo cose enormemente importanti proprio perché io non riuscivo a capire quali fossero.

Del resto, l'Italia musicale nella quale crescevo parlava ancora un'altra lingua. A Sanremo si continuavano a cantare amori, cuori, partenze e ritorni con ammirevole perseveranza, mentre qua e là cominciavano ad aprirsi delle crepe. De André raccontava una guerra dalla parte di Piero anziché dei generali; Celentano portava al Festival il ragazzo della via Gluck e veniva eliminato; Tenco provava a raccontare un'Italia che lasciava i campi per la città. Qualcosa stava cambiando anche nella canzone italiana, ma a modo nostro: in giacca, con l'orchestra, possibilmente entro i tre minuti e con Pippo Baudo ancora di là da venire.

Dylan apparteneva a un altro pianeta. Non perché fosse necessariamente più profondo di tutti, ma perché sembrava aver abolito la necessità di chiedere permesso alla canzone per parlare d'altro. E nello stesso cielo erano comparsi i Beatles e i Rolling Stones: anche loro erano per noi, prima di tutto, suoni, facce, capelli, atteggiamenti. I Beatles all'inizio potevano ancora essere presentati ai genitori; con gli Stones la trattativa diventava più difficile. Dylan sembrava avere risolto il problema alla radice: non chiedeva di essere presentato a nessuno.

A rendere ancora più seducente quel mondo contribuì Joan Baez. Se la voce di Dylan era ruvida, nasale, quasi deliberatamente sgradevole, quella di Baez sembrava venire da un luogo opposto: limpida, alta, dolcissima. Cantando le sue canzoni compiva quasi una trasfigurazione. Le stesse parole che in Dylan sembravano arrivare dalla strada o da una stanza piena di fumo, nella sua voce acquistavano una purezza quasi antica. Per noi che l'inglese lo capivamo poco contava moltissimo: prima ancora di sapere che cosa dicessero, quelle canzoni potevano essere bellissime. Dylan forniva l'enigma, Baez qualche volta lo trasformava in incantesimo. A ripensarci oggi, forse alcune canzoni di Dylan sono rimaste così dolci nella mia memoria perché, da qualche parte, continuo a sentirle con la voce di Joan Baez.



Al liceo, cominciavi a capire qualcosa. Non troppo: abbastanza. È forse la misura ideale per costruire un mito. Afferravo una parola, un ritornello, un'immagine e completavo il resto da solo. How does it feel? Come ci si sente? Bastava. A essere soli, senza casa, senza una direzione, a essere nessuno, a rotolare via. Il resto poteva tranquillamente rimanere nella nebbia. Anzi, più nebbia c'era, meglio era.

Oggi ho provato a tradurre Like a Rolling Stone tutta intera e ho trovato Miss Lonely, vagabondi, pagliacci, giocolieri, un diplomatico con un gatto siamese, una principessa, Napoleone in stracci. Da ragazzo mi sembrava più chiara. È uno dei piccoli paradossi dell'età: a diciassette anni non capivo quasi nulla e capivo tutto; oggi capisco quasi tutte le parole e devo cercare le note a piè di pagina.

Con Mr. Tambourine Man va nello stesso modo. «Suonami una canzone» è semplice; poi arrivano navi magiche, rovine nebbiose del tempo, anelli di fumo della mente. A diciassette anni non sentivo alcun bisogno di sapere chi fosse davvero Mr. Tambourine Man: era Mr. Tambourine Man. La giovinezza gode di un privilegio che si perde presto: non pretende che i misteri vengano risolti. Oggi invece cerco traduzioni, note, interpretazioni. Sono finito nelle mani dei dylanologi, una confraternita di esegeti che spiegano slang, allusioni, droghe, riferimenti letterari. Leggo tre spiegazioni e ne esco con quattro dubbi. Più so, meno capisco. Dylan ha vinto: a ottantacinque anni riesce ancora a farmi fare i compiti d'inglese.

Poi, improvvisamente, dentro quelle foreste di immagini compare una frase di una semplicità quasi biblica: The answer is blowin' in the wind. La risposta è nel vento. O soffia nel vento. O se ne va nel vento. Anche tradurre diventa già interpretare. La risposta c'è e bisogna saperla cogliere, oppure c'è proprio perché non possiamo trattenerla? Mogol tagliò corto: «Risposta non c'è, o forse chi lo sa». Noi italiani, meno inclini alla metafisica, avevamo risolto il problema.

A Hard Rain's A-Gonna Fall mi colpisce ancora di più. Un ragazzo torna e racconta montagne nebbiose, oceani morti, bambini con le armi, una pioggia terribile che sta per cadere. Oggi possiamo convocare la guerra fredda, l'apocalisse nucleare, la Bibbia, le ballate tradizionali. A undici anni non sapevo nulla di tutto questo. Eppure l'immagine arrivava. Forse è qui una delle ragioni della durata di Dylan: non sempre ci consegna un significato, ma immagini abbastanza potenti perché il significato continui a formarsi in chi ascolta. E noi adolescenti eravamo collaboratori perfetti: a quell'età una canzone diventa una filosofia, una ragazza intravista a scuola l'amore definitivo, una frase non capita in inglese... poesia. Dylan ci forniva materiale eccellente. Lo ingigantivamo noi.

C'è poi in Dylan, soprattutto in certi testi degli anni Sessanta, quell'atmosfera visionaria che abbiamo finito per associare all'immaginario lisergico dell'epoca: immagini che si accavallano, personaggi che appaiono e scompaiono, simboli e deformazioni che mandano all'aria perfino il principio di realtà. Sarebbe ingenuo ridurre quella scrittura alle droghe; l'idea di un'alterazione della coscienza capace di liberare immagini fantastiche è molto più antica del Sessantotto. Nella Symphonie fantastique di Berlioz, del 1830, l'oppio precipita il protagonista in visioni che culminano nella propria esecuzione e in un sabba. Nulla di nuovo sotto il sole: Berlioz aveva un'orchestra, Dylan un'armonica.

Una volta però vidi Dylan, o almeno Bob Dylan interpretare Bob Dylan, e qualcosa andò storto. Ero in Germania e al cinema davano Pat Garrett and Billy the Kid di Sam Peckinpah, con Dylan anche attore, doppiato in tedesco. Io capivo abbastanza il tedesco e Dylan lo avevo sempre capito poco in inglese: le due incomprensioni, invece di produrre poesia, produssero delusione. Il mito aveva improvvisamente un corpo, e quel tizio sullo schermo non mi sembrava all'altezza del Dylan che avevo costruito nella testa. L'Achille omerico, in questo, ha avuto più fortuna: non possediamo filmati di Achille mentre aspetta il proprio turno al bancone di un bar.

Poi siamo invecchiati. Noi e lui. Molte di quelle canzoni hanno smesso da tempo di essere nuove; per i giovani Dylan è ormai una figura da manuale, importante, premiata, storicizzata. È accaduta la cosa peggiore che possa capitare a un ribelle: è diventato un classico. E i classici corrono un rischio particolare: essere rispettati più di quanto vengano ascoltati. Il rispetto è spesso il primo gradino dell'archeologia.



A pensarci, tuttavia, c'è un fatto curioso. Di quella popolazione di giovani scandalosi degli anni Sessanta sono rimasti in piedi alcuni di quelli che, a giudizio degli adulti, avrebbero dovuto fare una pessima fine. Dylan continua a cantare; Jagger e Richards sono ancora i Rolling Stones; McCartney e Ringo Starr sono ancora sulle scene. Sarebbe scientificamente azzardato dedurre che sesso, droga e rock and roll costituiscano un protocollo di longevità. Ma, osservando certi ottantenni sul palco, il dubbio viene. Forse conserva, almeno un poco, il continuare a desiderare qualcosa per il giorno dopo. Dylan ha trascorso ottantacinque anni disobbedendo alle istruzioni per l'uso della propria età.

Anche per me il fascino si era consumato. Avevo imparato meglio l'inglese, erano arrivati altri cantautori, altri libri, altri miti. Avevo smesso di ascoltarlo. E lui, quasi per ripicca, aveva continuato a cantare. Attraversò gli Ottanta, poi tornò alle radici e riprese a girare il mondo senza praticamente più smettere. Quando avrebbe potuto vivere tranquillamente di Blowin' in the Wind e Like a Rolling Stone, ricominciò a fare grandi dischi, cantò Sinatra e continuò a riscrivere le proprie vecchie canzoni. Ai concerti il pubblico arriva per riconoscere qualcosa e lui sembra divertirsi a impedirglielo. Il pubblico aspetta il monumento e Dylan si presenta con martello e scalpello. Uno vorrebbe almeno che i propri miti collaborassero. Dylan no.

Forse è anche per questo che è ancora qui. Jagger continua a fare Jagger, McCartney può ancora concederci di riconoscere McCartney. Dylan sembra aver scelto una strategia diversa: impedire persino a Bob Dylan di diventare definitivamente Bob Dylan. Robert Zimmerman lo inventò a vent'anni; da allora, ogni volta che quel personaggio rischia di fissarsi, ricomincia a disfarsene.

Da quando mio figlio mi ha regalato quei biglietti, però, ho ricominciato ad ascoltarlo e mi sono accorto che non provo soltanto nostalgia. La nostalgia, alla mia età, è troppo facile e bisogna diffidarne. Succede qualcosa di più strano: quando parte una vecchia canzone entrano nella stanza contemporaneamente tre persone. Il bambino di undici anni che non capiva una parola, il liceale che ne capiva abbastanza poco da credere di aver capito tutto e l'uomo che oggi può tradurla quasi interamente ma continua ad avere bisogno delle note. Sono sempre io, ma nessuno dei tre ascolta la stessa canzone.

Forse il mito sta proprio nella distanza fra questi tre ascoltatori. E forse è per questo che, tornando a Dylan, mi viene da pensare a Omero. Il paragone è spropositato e proprio per questo mi piace. Gli uomini che ascoltavano gli aedi conoscevano già Achille, Ettore, Ulisse, Troia, il mare, il ritorno. Nessuno aspettava di sapere come sarebbe andata a finire: il piacere consisteva nel rientrare ancora una volta nel racconto. I miti non ci informano; ci riportano a qualcosa che conosciamo già e che, proprio perché cambia insieme a noi, non finiamo mai di capire. Alcune canzoni di Dylan sono diventate qualcosa di simile: non la cronaca degli anni Sessanta, ma il racconto che quegli anni hanno costruito di se stessi. E quando un racconto dura abbastanza a lungo, comincia a somigliare a un mito.

A novembre dovrei finalmente vedere Dylan dal vivo. Il concerto, per una coincidenza che alla mia età non trovo particolarmente rassicurante, è il 2 novembre. Ogni tanto penso: speriamo che ci arrivi. Mi dispiacerebbe se morisse. Anche per i biglietti, naturalmente: alla mia età bisogna guardarsi dalle improvvise manifestazioni di sentimentalismo. Ma soprattutto vorrei vederlo sul palco, vecchissimo, con una voce che il tempo non ha risparmiato. Vorrei che facesse ciò che ha fatto per tutta la vita: sottrarsi proprio nel momento in cui crediamo di averlo raggiunto. Che attaccasse una canzone che conosco da sessant'anni e che per qualche minuto non riuscissi neppure a riconoscerla. Sarebbe perfetto.

A undici anni non capivo le parole, a diciassette le capivo male, a settantacinque le capisco meglio e continuo a non essere certo del significato. Non vedo perché Dylan dovrebbe facilitarmi il compito proprio adesso. Mi guarderò intorno. Ci saranno molti capelli bianchi. Qualcuno ricorderà un corteo, qualcuno una ragazza, qualcuno un disco, qualcuno una stanza, qualcuno soltanto se stesso quando aveva davanti quasi tutta la vita. E per un paio d'ore quel vecchio sul palco potrà illuderci che stia ancora cantando di noi.

Poi usciremo. La risposta, naturalmente, sarà ancora nel vento.

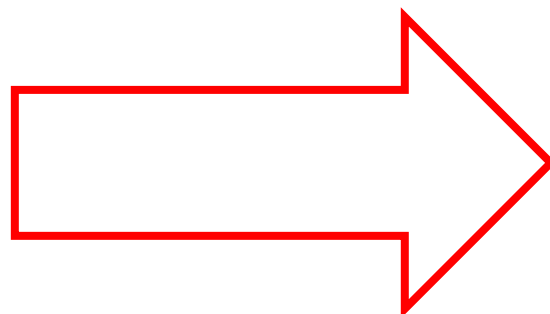
Omero, in fondo, non metteva le note a piè di pagina.

CONFERENZE KIWANIANE : LE “MALATTIE RARE” NELL’INFANZIA : FOCUS SULLE PATOLOGIE NEUROMUSCOLARI

Le malattie rare in età pediatrica, con particolare riferimento alle patologie neuromuscolari, rappresentano un insieme eterogeneo e complesso di condizioni croniche a carattere progressivo ed invalidante. La gestione di queste patologie pone sfide complesse che vanno oltre la singola diagnosi medica, richiedendo un approccio integrato, multidisciplinare e personalizzato, capace di unire clinica, ricerca traslazionale, percorsi riabilitativi e supporto psicosociale. Negli ultimi anni il panorama clinico e assistenziale ha registrato un profondo cambiamento. Da un lato, l'evoluzione della ricerca genetica e biotecnologica sta aprendo la strada a terapie innovative e modificanti la malattia (disease-modifying), che affiancano e ridefiniscono le tradizionali strategie terapeutiche conservative e sintomatiche. Dall'altro, emerge sempre più forte l'esigenza di garantire una presa in carico continuativa sul territorio attraverso reti cliniche strutturate e modelli assistenziali dedicati alla transizione e alla cronicità complessa in età evolutiva.



L'Ordine propone...



*L'Ordine dei Medici
In collaborazione con:
Kiwani's Club Monterosa*



**Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
di Novara**

KIWANIS CLUB



NOVARA MONTEROSA

**EVENTO APERTO ALLA
POPOLAZIONE
ISCRIZIONE GRATUITA
ENTRO IL 16.10.2026
Disponibili 100 posti ECM**

PROVIDER :



Via Roma, 14 - 12016 - Peveragno (CN)
Tel. 3703483379

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:
Ordine dei Medici Novara
Via Ivarelli 31/A - 28100 - Novara (NO)
Tel. 0321/410130
ordinemediciodontoiatrinovara@gmail.com

**Evento accreditato per Tutte le
professioni sanitarie
Per iscrizioni ECM :
Tel: 0321/410130
Dalle 10.00 alle 15.00
Da lunedì a venerdì
Mail:
ordinemediciodontoiatrinovara@gmail.com**



**CREDITI E.C.M.
RICHIESTI**

CONFERENZE KIWANIANE :

LE “MALATTIE RARE” NELL’INFANZIA : FOCUS SULLE PATOLOGIE NEUROMUSCOLARI

Direzione scientifica : Dott. Federico D'Andrea

Sabato 17 Ottobre 2026

Sala dell' Arengo - Broletto
Via Fratelli Rosselli 20 - Novara
dalle 8.30 alle 13.30

8.30 – 9.00	Registrazione partecipanti
9.00 – 9.30	Saluto autorità
	Prima sessione Moderatore: Maurizio Viri MD Direttore S.C.D.O. Neuropsichiatria Infantile AOU Novara Federico D'Andrea MD Presidente OMCEO di Novara
9.30 - 9.50	Overview delle malattie neuromuscolari Fabiola De Marchi MD, PhD SCDU Neurologia, Centro SLA, AOU Maggiore della Carità, Novara Dipartimento di Medicina Traslazionale, UPO
9.50 – 10.10	Le associazioni: costruzione di una rete Regionale Francesco Ieva Relazioni istituzionali e Regioni - Consulta Neuromuscolare ETS Presidente AltroDomani APS - ETS
10.10 – 10.30	Bisogni soddisfatti e bisogni disattesi Alice Cadalora Presidente Duchenne Research & Advocacy APS
10.30 – 10.50	Riflessioni Marco Rasconi Consigliere Nazionale UILDM
10.50 – 11.05	Discussione
11.05 – 11.20	Pausa
	Seconda sessione Moderatore: Luigia G. Fresu PhD Riceratrice - Dipartimento Scienze della Salute UPO
11.20 – 11.40	Aggiornamento terapia: conservativa – sintomatica Federica Ricci MD, PhD SCU Neuropsichiatria Infantile Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche Università di Torino - O.I.R.M. Sant'Anna Direttrice Scuola di Specialità di Neuropsichiatria Infantile UNITO
11.40 – 12.00	Aggiornamento terapia: Innovative Angela Berardinelli MD Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile Fondazione Mondino IRCCS, Pavia
12.00 – 12.15	Ricerca: Progetti ed attese Francesco Chemello Prof. Ass. del Dipartimento di Farmacia e Biotecnologie Università di Bologna
12.15– 12.30	Discussione
12.30 – 12.50	Esperienze di interventi riabilitativi Claudia Agliuzzo – Fisioterapista - Centro clinico NeMo Milano
12.50 – 13.00	La rete “PEDINE” in età pediatrica Amanda Papa MD S.C.D.O. Neuropsichiatria Infantile AOU Novara
13.00 – 13.15	Tavola rotonda M. Viri, F. Ricci, A. Berardinelli, A. Cadalora - Edo's Smile - Gabriella Carpanese - Fisioterapista - Amanda Papa MD - Cristina Gigli MD
13.15 – 13.30	Conclusioni – Questionario ECM

Patrocini richiesti



SERATE GERIATRICHE

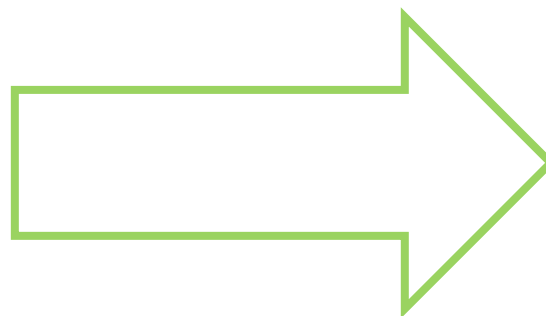
Vaccinazioni nel paziente anziano fragile

L'invecchiamento demografico e l'incremento delle patologie croniche e neurodegenerative (quali la demenza e la malattia di Alzheimer) determinano una spiccata vulnerabilità della popolazione anziana verso le patologie infettive. L'immunosenescenza e il fenomeno dell'inflammaging riducono la risposta anticorpale e aumentano il rischio di complicanze severe, ospedalizzazioni e perdita dell'autonomia funzionale. In tale quadro, la profilassi vaccinale rappresenta uno dei principali strumenti di tutela della salute individuale e pubblica.

Il corso si propone di aggiornare la classe medica sulle evidenze scientifiche e sulle opportunità di protezione offerte dalle vaccinazioni raccomandate per l'anziano (anti-influenzale, anti-pneumococcica, anti-Herpes Zoster, anti-SARS-CoV-2 e prospettive future). Particolare rilievo viene dato all'interazione sinergica tra i medici del territorio (MMG, specialisti territoriali, medici di RSA) e il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) dell'ASL di Novara, al fine di incrementare l'adesione e abbattere la vaccine hesitancy



L'Ordine propone...



*L'Ordine dei Medici
In collaborazione con:
AMA Novara Onlus*



**Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
di Novara**

In collaborazione con :



Ideazione e direzione scientifica:



Dott.
Aldo Biolcati



Dott.
Maurizio Dugnani

**PROVIDER E
SEGRETERIA
ORGANIZZATIVA:**
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Novara
Via Torelli, 31/A
28100 Novara
Tel. 0321.410130
ordinemediciodontoiatrinovar
a@gmail.com



**CREDITI E.C.M.
3,9**

SERATE GERIATRICHE

Vaccinazioni nel paziente anziano fragile

Direzione scientifica: **Dott. Aldo Biolcati**

Giovedì 22 Ottobre 2026

Sede:
Sala Convegni
Via Torelli 31/A - NOVARA

- | | |
|----------------------|--|
| 20.30 – 20.45 | Registrazione partecipanti |
| 20.45 - 21.15 | Introduzione
Dott. Maurizio Dugnani
Internista e Geriatra |
| 21.15 – 22.45 | Vaccinare la persona anziana:
indicazioni, opportunità
e sinergie sul territorio
Dott.ssa Fabrizia Risi
Dirigente medico
Servizio Igiene
e Sanità Pubblica (SISP)
dell'ASL di Novara |
| 22.45 – 23.15 | Discussione
Moderatore:
Dott. Maurizio Dugnani
Internista e Geriatra |
| 23.15 – 23.30 | Questionario ECM |

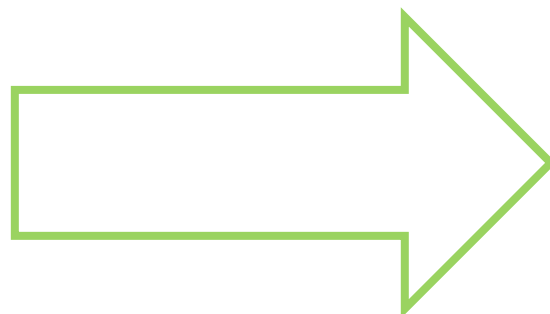
SERATE GERIATRICHE

Umanizzazione delle cure nell'anziano

Il progressivo invecchiamento della popolazione e la crescente prevalenza di patologie cronico-degenerative e quadri di multimorbilità impongono una profonda riflessione sui modelli di cura rivolti alla persona anziana. La gestione della senescenza non può limitarsi al solo atto clinico-terapeutico o alla mera risposta assistenziale, ma richiede un approccio integrato e multidimensionale capace di porre al centro la dignità, la storia e la dimensione emotiva della persona. Abitare la fragilità significa superare la parcellizzazione specialistica per abbracciare un percorso di umanizzazione delle cure, in cui l'alleanza terapeutica, l'ascolto e l'attenzione agli aspetti psicologici e relazionali diventano parte integrante del piano di trattamento. Tale prospettiva assume un valore ancor più cruciale nei contesti residenziali come le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), dove la complessità assistenziale richiede strategie condivise e un forte lavoro di équipe tra medici, coordinatori e operatori sanitari.



L'Ordine propone...



*L'Ordine dei Medici
In collaborazione con:
AMA Novara Onlus*



**Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
di Novara**

In collaborazione con :



Ideazione e direzione scientifica:



Dott.
Aldo Biolcati



Dott.
Maurizio Dugnani

**PROVIDER E
SEGRETARIA
ORGANIZZATIVA:**
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Novara
Via Torelli, 31/A
28100 Novara
Tel. 0321.410130
ordinemediciodontoiatrinovar
a@gmail.com



CREDITI E.C.M.
Richiesti

SERATE GERIATRICHE

Umanizzazione delle cure nell'anziano

Direzione scientifica: **Dott. Aldo Biolcati**

Giovedì 5 Novembre 2026

Sede:
Sala Convegni
Via Torelli 31/A - NOVARA

- | | |
|----------------------|---|
| 20.30 – 20.45 | Registrazione partecipanti |
| 20.45 – 21.15 | Introduzione
Dott. Maurizio Dugnani
Internista e Geriatra |
| 21.15 – 22.00 | Il cuore nella cura: abitare la fragilità con
l'umanizzazione della terapia
Dott. Franco Mittino
Dirigente medico - Psichiatria ASL Novara
Resp. SS Centro Salute Mentale
DH Trecate-Galliate |
| 22.00 – 22.45 | Umanizzazione delle cure in RSA
-Quali strategie
Dott. Maurizio Dugnani
Internista e Geriatra
- Ruolo degli operatori sanitari :
Dott.ssa Doriana Siccardi
Coordinatrice infermieristica RSA
Opera Pia Corbetta – Borgolavezzaro |
| 22.45 – 23.15 | Discussione
Moderatore:
Dott. Aldo Biolcati |
| 23.15 – 23.30 | Questionario ECM |



Roberta Villa
Giornalista
pubblicista
laureata in
medicina

dottore, ma è vero che...?

Chi è colpito da una diagnosi infausta o da una grave disabilità, in prima persona o in un familiare, può essere più vulnerabile alle promesse di cure alternative, non riconosciute dalla medicina, spesso fornite in Paesi privi dei severi sistemi di controllo esistenti in Europa.

La cronaca riporta periodicamente di famiglie che indicano raccolte fondi, o si indebitano pesantemente, per sottoporre oltreoceano una persona cara a quelli che vengono offerti loro come “trattamenti sperimentali”. In realtà non si tratta di trattamenti (perché non curano le condizioni per cui sono proposti), né si possono considerare sperimentali (in quanto effettuati in assenza delle modalità e dei criteri necessari a studiarne l'efficacia o la sicurezza).

Dottore, ma cosa c'è dietro tanti “viaggi della speranza”?

Nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di truffe conclamate, anche se non si può escludere che, qualche volta, chi le fornisce ci creda davvero. Ma ciò non cambia il fatto che, se esistesse il modo di rimediare a danni neurologici permanenti, le grandi aziende tecnologiche o farmaceutiche vi si butterebbero a capofitto. Anche i sistemi sanitari avrebbero tutto l'interesse a procurarselo, risparmiandosi i pesanti costi dell'assistenza a tante persone con disabilità.

Accanto alla comprensione e alla vicinanza a chi cade vittima di questi imbrogli, è quindi importante ribadire che i cosiddetti “viaggi della speranza” in America Latina o in Asia per ricevere fantomatiche cure, con macchinari dai nomi altisonanti o con cellule staminali di dubbia origine, non possono vantare alcuna prova di offrire vantaggi alle famiglie e ai pazienti, esponendoli piuttosto a danni economici e talvolta anche di salute.

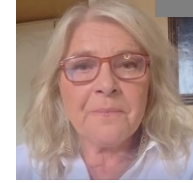
Dottore, ma come ci si può orientare?

Spesso le pseudomedicine sfruttano l'idea di un'azione taumaturgica della natura o dell'organismo che sarebbe in grado di “curarsi da sé”, e puntano quindi su pratiche “dolci”, basate su alimentazione, frullati di vitamine, pranoterapia o meditazione. Quelle che invece si avvalgono di un linguaggio pseudoscientifico, utilizzando termini che possono far parte del lessico medico o accennando a concetti incomprensibili a chi non ha studiato fisica quantistica, sono più insidiose, perché possono trarre in inganno anche chi si fida della scienza, ma talvolta non ha gli strumenti per distinguere chi la pratica seriamente dai ciarlatani.

La differenza essenziale tra quel che è considerato “scientifico” e quel che non lo è, infatti, non è l'uso di termini afferenti a quell'ambito, ma la dimostrazione di sicurezza ed efficacia in studi controllati, pubblicati su riviste scientifiche autorevoli e riconosciute. È vero che per i comuni cittadini può non essere facile verificare questo criterio. Ma se un trattamento non viene offerto dal Servizio sanitario nazionale, o almeno consigliato dai medici del proprio centro di riferimento, è bene evitare di rincorrere false speranze, destinate non solo a deludere, ma spesso a procurare danni maggiori.

Dottore, ma che cos'è il Cytotron?

Negli ultimi tempi si è parlato soprattutto di Cytotron, un macchinario che nel 2019 ha ricevuto dalla Food and Drug Administration la designazione di “breakthrough device” per i tumori di mammella, fegato e pancreas. Si tratta però di un programma che offre un percorso privilegiato per lo sviluppo di uno strumento potenzialmente innovativo, non una certificazione della sua efficacia.



Roberta Villa
Giornalista
pubblicista
laureata in
medicina

dottore, ma è vero che...?

Cytotron quindi non è un metodo approvato, nemmeno per la cura del cancro. L'apparecchiatura è stata messa a punto da un ricercatore indiano, Rajah Vijay Kumar, che prima di questo aveva inventato un altro apparecchio che, nelle sue intenzioni, avrebbe dovuto bloccare la diffusione di SARS-CoV-2, il virus responsabile di Covid-19.

Oltre che in India, Cytotron ha trovato successo in Messico soprattutto grazie all'attività della giornalista Barbara Anderson, che ha scritto un libro – e poi la sceneggiatura di un film per Netflix, distribuito in Italia con il titolo “I due emisferi” -, basato sulla storia di suo figlio Luca, colpito da paralisi cerebrale. Secondo i suoi sostenitori, infatti, l'apparecchio sarebbe in grado di curare moltissime malattie e condizioni diversissime tra loro, sfruttando frequenze radio e onde elettromagnetiche.

Il paziente viene introdotto in un macchinario simile a un apparecchio per la risonanza magnetica, dove, secondo i suoi sostenitori, l'azione delle onde spingerebbe le cellule tumorali ad autodistruggersi, andando incontro alla cosiddetta “apoptosi”. Se questo effetto anticancro non è mai stato nemmeno lontanamente provato, tanto meno si capisce come questo fenomeno potrebbe essere utile in caso di paralisi cerebrale, in cui, al contrario, stimolerebbe le cellule nervose ad attivarsi, riprodursi e creare nuove connessioni.

Dottore, ma è vero che il Cytotron non funziona?

In Messico il metodo che richiede diversi cicli, ciascuno dei quali costa svariate decine di migliaia di dollari – è applicato in almeno due cliniche. A Monterrey opera José Roberto Trujillo, che sostiene di aver condotto negli anni scorsi uno studio controllato, di cui però non sono ancora noti i risultati. Intanto, il passaparola tra le famiglie di bambini con paralisi cerebrale che si mettono in viaggio per il Paese del Centro America ha spinto la Società messicana di neurologia pediatrica a pubblicare una dichiarazione in cui mette in guardia dal ricorrere a pseudoterapie come questa, prive di qualunque prova di efficacia.

In Italia, il fenomeno è emerso soprattutto dopo la tragica conclusione della vicenda di una famiglia di Pietralata, vicino a Roma, che per viaggi e pseudotrattamenti nella clinica di Trujillo si dice abbia speso alcune centinaia di migliaia di euro. Ma il punto non è solo la spesa, e quanto una cifra come questa potrebbe essere usata per migliorare la qualità di vita di un nucleo familiare con un disabile grave. La questione è anche il disagio a cui si sottopone una persona con questi viaggi, l'impatto psicologico delle speranze deluse, i rischi di complicazioni che possono essere sempre presenti.

Dottore, ma è vero che occorre stare in guardia?

Purtroppo, il contesto mediatico in cui siamo immersi non aiuta le famiglie che vivono queste difficoltà e sono tentate da queste presunte opportunità. Oltre al film di cui abbiamo già parlato, si può incappare ovunque, sui media tradizionali come sui social, in contenuti che senza alcun spirito critico invitano a donare per aiutare qualcuno a fare uno di questi viaggi della speranza.

La pressione esterna può essere forte, e sommarsi al desiderio di tentare il tutto per tutto, ma in questi casi occorre fermarsi a pensare quale sia il reale interesse della persona con disabilità. E fidarsi, prima di tutto, del proprio centro medico di riferimento.

<https://dottoremaeveroche.it/alleggero-ci-sono-cure-alternative-per-le-paralisi-cerebrali/>

CPR, i 106 ordini unanimi: "Il medico valuta la salute, non autorizza il trattenimento"

La valutazione clinica deve riguardare lo stato di salute della persona e non costituire un atto autorizzativo al trattenimento nei Centri di permanenza per i rimpatri. Lo ha riaffermato oggi all'unanimità il Consiglio nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), composto dai presidenti dei 106 Ordini territoriali, confermando l'ordine del giorno approvato il 20 febbraio scorso. Alla luce degli sviluppi delle indagini, il Consiglio ha dato mandato al presidente Filippo Anelli di avviare un'interlocuzione con le istituzioni competenti per rivedere la procedura.

"Se sarà accertato che alcuni colleghi hanno rilasciato certificazioni false – afferma Anelli – dovranno risponderne anche sul piano disciplinare. Su questo non possono esserci ambiguità. Allo stesso modo, fino all'accertamento dei fatti, va rispettata la presunzione di innocenza e va tutelata l'autonomia del giudizio clinico".

<https://portale.fnomceo.it/cpr-i-106-ordini-unanimi-il-medico-valuta-la-salute-non-autorizza-il-trattamento/>

News
In pillole



Se la mancata disponibilità immediata di un medicinale può rappresentare un disagio per il cittadino, sono rari i casi in cui questo si traduce in un problema reale. Di fronte a tali situazioni, è infatti possibile ottenere risposte concrete e rapide grazie alla sinergia tra farmacie, rete produttiva e distributiva, medici e Istituzioni.

Fornire una guida chiara su questi percorsi e illustrare le cause di un fenomeno complesso e multifattoriale — condizionato dalle crisi internazionali, dal mercato globale e dalle trasformazioni dell'industria farmaceutica — è l'obiettivo del nuovo dossier pubblicato oggi sul portale dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

La disponibilità dei medicinali è da tempo sotto la lente delle Istituzioni sanitarie e politiche, a livello nazionale ed europeo, impegnate a prevenire e gestire al meglio eventuali contesti di crisi. In questo scenario, l'Italia rappresenta un modello in Europa grazie alle sue best practices. Il Paese guida iniziative e progetti europei sul tema (es. la Joint Action europea CHESSMEN, "Coordination and Harmonization of the Existing Systems against Shortages of Medicines, European Network"), in stretto raccordo con le altre agenzie e istituzioni nazionali ed europee e tutta la filiera del farmaco, garantendo la continuità assistenziale anche in presenza di criticità produttive o distributive.

<https://www.aifa.gov.it/-/carenze-farmaci-continuita-terapeutica-nuovo-dossier-aifa>

AIFA: Carenze dei farmaci e continuità terapeutica: online il nuovo dossier AIFA

ENPAM: Studi medici a prezzi calmierati: 12 ambulatori disponibili a Milano

In un immobile di via Winckelmann 1, nella zona Lorenteggio, sono stati realizzati 12 studi medici riservati agli iscritti Enpam, disponibili dal 1° ottobre 2026 e che si trovano proprio sulla nuova linea 4 della Metro, e dunque facilmente raggiungibili dal Duomo, dall'aeroporto di Linate e dalle principali stazioni ferroviarie del capoluogo lombardo. Un posizionamento, dunque, particolarmente favorevole sia per quei medici che intendano saltuariamente appoggiarsi su Milano, sia per chi invece ci lavora anche quotidianamente.

Gli studi sono, infatti, utilizzabili in modalità molto flessibili, che vanno, **da una giornata singola a 59 euro** oppure da uno a quattro giorni fissi settimanali, **fino al mese completo che prevede una tariffa agevolata pari a 549 euro**. E senza contare che in questo costo, oltre all'utilizzo dello studio, sono compresi tutta una serie di servizi: un'area di attesa dedicata ai pazienti, un'area break ad uso riservato dei professionisti, armadietti individuali per strumenti ed effetti personali, oltre alla pulizia degli spazi e la connessione internet.

I professionisti interessati possono fin d'ora presentare la propria candidatura compilando il form dedicato [alla seguente pagina internet](#).

IL FONDO CASA DELLE PROFESSIONI

Questo realizzato a Milano è il primo progetto creato dal fondo Casa delle Professioni con la missione di accompagnare i liberi professionisti nella gestione dell'attività in spazi di lavoro innovativo. Il fondo prevede l'acquisizione di asset immobiliari in diverse città italiane nei quali realizzare altri hub simili.

<https://www.giornaleprevidenza.it/professione/studi-medici-a-prezzi-calmierati-12-ambulatori-disponibili-a-milano/>

TUTTI GLI APPUNTAMENTI DI ...METTIAMO IN ORDINE LE IDEE...

Sono disponibili sul nostro canale Youtube:

Ordine Medici Novara

🎥 [22 Novembre 2013 - Edoardo Boncinelli](#)
 🎥 [31 Gennaio 2014 - Maurizio Ferraris](#)
 🎥 [04 Aprile 2014 - Vito Mancuso](#)
 🎥 [30 Maggio 2014 - Piergiorgio Odifreddi](#)
 🎥 [06 Giugno 2014 - Vescovo di Novara - Mons.Brambilla](#)

🎥 [26 Marzo 2015 – Haim Baharier](#)
 🎥 [29 Maggio 2015 – Giulio Giorrello](#)
 🎥 [22 Ottobre 2015 – Eugenio Borgna](#)
 🎥 [27 Novembre 2015 - Umberto Broccoli](#)

🎥 [18 Marzo 2016 – Barbara Casini e Roberto Taufic](#)
 🎥 [01 Aprile 2016 – Massimo Donà](#)
 🎥 [17 Giugno 2016 – Andrea Moro](#)

🎥 [17 Marzo 2017 – Edoardo Lombardi Vallauri](#)
 🎥 [28 Aprile 2017 – Andrea Vitali](#)
 🎥 [19 Maggio 2017 – Pier Mario Giovannone](#)

🎥 [16 Marzo 2018 – Stefano Bartezzaghi](#)
 🎥 [13 Aprile 2018 – Giancarlo Grossini](#)
 🎥 [18 Maggio 2018 - Alessandro Barbaglia](#)
 🎥 [08 Giugno 2018 – Gianfranco Preverino](#)
 🎥 [22 Giugno 2018 – Andrea Tagliapietra](#)

🎥 [15 Febbraio 2019 – Vittorio Lingiardi](#)
 🎥 [15 Marzo 2019 – Rosy Falcone](#)
 🎥 [10 maggio 2019 - Battista Beccaria](#)
 🎥 [07 Giugno 2019 - Roberto Burioni](#)

🎥 [16 Marzo 2022 - Fabio Gabrielli](#)
 🎥 [20 Aprile 2022 - Simona Tedesco](#)
 🎥 [18 Maggio 2022 - Carlo Cottarelli](#)
 🎥 [15 Giugno 2022 - Giancarlo Avanzi](#)

🎥 [15 Dicembre 2022 - OBRIGADO! È BOSSANOVA](#) 🎵

🎥 [1 Marzo 2023 – Marcello Veneziani](#)
 🎥 [19 Aprile 2023 – Augusto Ferrari](#)
 🎥 [10 Maggio 2023 – Mariella Enoch](#)
 🎥 [07 Giugno 2023 – Massimo Nicolazzi](#)

🎥 [18 Ottobre 2023 – Giorgio Bellomo](#)
 🎥 [15 Novembre 2023 – Catia Bastioli](#)
 🎥 [13 Dicembre 2023 – VICKS E I VAPORUB](#) 🎵

🎥 [27 Marzo 2024 – Leucio Antonio Cutillo](#)
 🎥 [17 Aprile 2024 – Daniele Barbone](#)
 🎥 [15 Maggio 2024 – Simona Tedesco](#)
 🎥 [5 Giugno 2024 – Davide Maggi](#)
 🎥 [4 Dicembre 2024 – Federico Sirianni – Elisabetta Bosio](#) 🎵

🎥 [19 Marzo 2025 – Gianfelice Facchetti](#)
 🎥 [16 Aprile 2025 – Roberto Sbaratto](#) 🎵
 🎥 [21 Maggio 2025 – Domenico Nano](#)
 🎥 [11 Giugno 2025 – Giampiero Gramaglia](#)
 🎥 [17 Dicembre 2025 – WISKEY FACILE](#) 🎵

🎥 [25 Febbraio 2026 – Massimo Bonelli](#)
 🎥 [25 Marzo 2026 – Tiziano Leonardi](#)
 🎥 [21 Aprile 2026 – Gianni Fornara](#)



Promotore e
Organizzatore
degli eventi:
**Dott. Francesco
Bonomo**



...METTIAMO IN ORDINE LE IDEE...
INCONTRI CON PERSONALITÀ DI SPICCO DEL MONDO DELLA CULTURA SU
 GRANDI TEMI DELLA PROFESSIONE MEDICA, DELL'ETICA, DELLA NATURA UMANA.

**INCONTRI CON
 PERSONALITA' DI
 SPICCO DEL MONDO
 DELLA CULTURA SU
 GRANDI TEMI DELLA
 PROFESSIONE
 MEDICA, DELL'ETICA,
 DELLA NATURA
 UMANA**

Medico competente nello studio odontoiatrico: quando “Si” e quando “No”



N.10 Ottobre 2026

Il punto del Segretario Sindacale Nazionale ANDI Lauro Ferrari: “la sorveglianza sanitaria non può essere esclusa a priori, ma nemmeno essere prevista in automatico”. Ecco quando è prevista

Nell’articolo dedicato alla lavoratrice [ASO in gravidanza](#) è stato affrontato, tra gli altri aspetti, il tema della sorveglianza sanitaria e della figura del medico competente. Una questione che nel settore odontoiatrico è da anni oggetto di discussione: da un lato chi ritiene la sua presenza sempre obbligatoria, dall’altro chi – come ANDI – sostiene che non lo sia affatto in modo generalizzato, supportando da tempo con successo i colleghi cui tale obbligo viene contestato.

Abbiamo approfondito il tema con il Segretario Sindacale Nazionale ANDI, **Lauro Ferrari** (nella foto).

Gli obblighi reali del datore di lavoro secondo il D.Lgs. 81/08

Il Testo Unico sulla Sicurezza, **D.Lgs. 81/08**, chiarisce quali obblighi siano effettivamente non delegabili da parte del datore di lavoro. L’**art.17** individua la **valutazione di tutti i rischi** e l’elaborazione del **DVR (Documento di Valutazione dei Rischi)** come responsabilità diretta e imprescindibile del DDL, insieme alla nomina dell’RSPP.

Gli **art. 18 e 41** disciplinano invece la **sorveglianza sanitaria**, che non è uno standard da applicare automaticamente, ma un adempimento richiesto **solo nei casi previsti dalla normativa vigente**.

Le situazioni che normativamente impongono la sorveglianza sanitaria sono richiamate in diversi articoli:

art. 176 per la protezione dei videoterminali;

art. 185 per la protezione dagli agenti fisici;

art. 229 per agenti chimici, cancerogeni e mutageni.

Nel settore odontoiatrico tali esposizioni sono, nella maggior parte dei casi, considerate **del tutto residuali**.

Il rischio biologico negli studi odontoiatrici

Diverso è il discorso per il **rischio biologico**, rilevante nella attività odontoiatrica in particolare durante la gravidanza del personale. Il **Titolo X del D.Lgs. 81/08, capo III, art.279**, stabilisce che *“qualora la valutazione dei rischi ne rilevi la necessità per i lavoratori esposti ad agenti biologici, è prevista la sorveglianza sanitaria”*.

Nel contesto odontoiatrico, però, l’esposizione non è di tipo “deliberato”, come avviene nei laboratori di microbiologia. Si tratta invece di un’esposizione **occasionale**, legata a **incidenti con strumenti taglienti o pungenti contaminati**, connessi soprattutto a comportamenti scorretti o uso non appropriato dei DPI.

Secondo Ferrari, questa caratteristica porta a una conseguenza chiara: il medico competente non ha un significativo ruolo di prevenzione primaria, perché non può modulare o intercettare un rischio che non segue una progressione (come nelle malattie professionali) ma che, invece, si manifesta come evento improvviso e accidentale. Il suo ruolo diventa, quindi, di mera constatazione dello stato di salute prima e dopo un eventuale incidente, ma non influisce sensibilmente sulla prevenzione dell’evento stesso, che dipende invece da procedure, formazione e uso corretto dei dispositivi di protezione.

La Direttiva Taglienti e il Titolo X-bis

Nel 2014, con il recepimento della cosiddetta **Direttiva Taglienti**, è stato introdotto nel Testo Unico il **Titolo X-bis** tramite il D.Lgs. 19/14.

L’**art. 286-quinquies** stabilisce che la valutazione dei rischi debba considerare tutte le situazioni di pericolo che comportino ferite da taglio o da punta, e potenziale contatto con sangue o altri veicoli di infezione. L’**art. 286-quater** richiama le norme generali di tutela: prevenzione, buona prassi igienica, formazione e partecipazione attiva dei lavoratori. L’**art. 286-sexies** elenca invece le **misure specifiche di prevenzione** quando la valutazione dei rischi evidenzia la possibilità di ferite da strumenti taglienti o pungenti potenzialmente infetti. Tra queste viene citata anche la **sorveglianza sanitaria**, e quindi la **nomina del medico competente**.

Medico competente nello studio odontoiatrico: quando “Si” e quando “No”



N.10 Ottobre 2026

Il punto chiave, sottolinea ANDI, è che:

se il rischio residuo di infezione da strumenti taglienti/pungenti non esiste, perché l'ASO non ha contatto con strumenti contaminati, la sorveglianza sanitaria **non è necessaria**;

se il rischio residuo esiste, perché l'ASO manipola strumenti prima della decontaminazione, la sorveglianza sanitaria **diventa obbligatoria**.

Conclusioni: obbligo sì, ma solo quando il rischio è presente

La posizione di ANDI, ribadita dal Segretario Sindacale Lauro Ferrari, è che la sorveglianza sanitaria **non possa essere esclusa a priori**, ma **non debba essere prevista in automatico**. Una valutazione accurata del DVR ed il suo rispetto, accompagnata da formazione, informazione e partecipazione attiva del personale, specifici ordini di servizio che definiscano esattamente le modalità operative di gestione dello strumentario contaminato permette di definire correttamente – e senza automatismi – se il medico competente debba essere presente o meno nello studio odontoiatrico.

Le procedure operative (ordini di servizio) che permettono di eliminare il rischio residuo

Le condizioni che rendono il rischio residuo “inesistente” rappresentano un punto centrale della posizione ANDI:

Nella l'attività operativa lo strumentario che ha avuto contatto con sangue e tessuti deve essere movimentato durante l'intervento e nelle fasi successive solo **dall'odontoiatra, compresa la fase di trasporto dal piano di lavoro alla vasca di decontaminazione**.

Analoga modalità per la gestione e lo **smaltimento degli aghi (siringhe o da sutura)**, delle **lame dei bisturi** dopo l'intervento e dei **rifiuti sanitari** contaminati, sempre in capo all'odontoiatra.

L'ASO deve indossare **guanti, camici e schermi protettivi** (protezione da schizzi e aerosol), e interagire con il campo operatorio esclusivamente tramite strumenti (tiraguancia, divaricatori e aspiratore) e mai direttamente con le mani o le dita.

Le **fasi di deterzione, manutenzione**, confezionamento e sterilizzazione dello strumentario chirurgico riutilizzabile devono essere **svolte dall'ASO solo dopo opportuna e appropriata decontaminazione con disinfettanti ad alto livello**.

Ovviamente, ricorda il Segretario Sindacale ANDI, lo strumentario sterile può essere collocato sul piano di lavoro dall'ASO nella fase di allestimento dello studio prima dell'intervento.

Quindi, nella pratica odontoiatrica ANDI ritiene che non si possa a priori escludere la necessità della sorveglianza sanitaria e, conseguentemente, della nomina del Medico Competente ma nemmeno si debba prevederla come automatismo.

“Tutto dipende dalla valutazione dei rischi, dalle procedure adottate e dal livello di complessità organizzativa”, sottolinea Ferrari. “Se l'esito di detta valutazione non evidenzia il rischio di infezione da strumenti taglienti e pungenti potenzialmente infetti perché l'ASO non ha materialmente il contatto con gli stessi allora il Medico Competente non è necessario”.

“Viceversa –continua- se l'Aso durante l'intervento e nella fase di dismissione dello studio prima della decontaminazione ha il contatto con gli strumenti non si può escludere, nonostante le misure di prevenzione, un rischio residuo. In tal caso, in base all'art.286-sexies, è prevista, oltre alle altre misure, anche la sorveglianza sanitaria”.

Il DVR ANDI per valutare il rischio biologico dello studio

Nel documento di valutazione dei rischi (DVR) predisposto da ANDI, anche in versione informatica sulla piattaforma [BRAIN](#) accessibile a tutti i soci ANDI, la valutazione del rischio biologico viene effettuata in modo semiquantitativo e personalizzata su ogni lavoratore in base all'algoritmo adottato da INAIL in campo sanitario/ambulatoriale (BIORITMO) adattato in ambito odontoiatrico. L'algoritmo produce una valutazione numerica, potenzialmente diversa tra un lavoratore e l'altro, che, in base alle considerazioni di INAIL, se produce un valore inferiore a 2 non richiede la sorveglianza sanitaria mentre la prevede per valori superiori.