

novara medica

BOLLETTINO
TRIMESTRALE

anno XXXVII
numero 3
Luglio
2026

In evidenza:

Novara Odontoiatrica N. 3-2026 | pag. 24



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**



LEGGERA PER NATURA



L'ACQUA PIÙ LEGGERA D'EUROPA

Residuo
fisso
14
mg/l

Tra tutte le acque d'Europa, solo una è la più leggera. Lauretana è un dono della natura che ha origine in un territorio incontaminato e con un **residuo fisso di soli 14 mg/l**, è particolarmente **indicata per chi conduce uno stile di vita attivo e attento al benessere**. Lauretana, grazie alle sue caratteristiche è **scelta e consigliata dalla Federazione Italiana Fitness**. Le sue proprietà la rendono un'acqua **ideale per i neonati, le donne in gravidanza** e per il benessere di tutta la famiglia.

SCELTA E CONSIGLIATA DA:



LAURETANA®

L'acqua più leggera d'Europa

consigliata a chi si vuole bene

Segui la leggerezza    www.lauretana.com

sommario

● L'Ordine al lavoro	
Dal Consiglio del Direttivo	4
Centralità visita	8
● News da...	
FNOMCeO	13
Notizie varie AOU ASL-NO	16
Federazione Regionale	19
AUSER	20
ENPAM	21
La Voce dei Medici Fiscali	23
● Novara Odontoiatrica N. 3-2026	
Congresso ANDI	24
La perimplantite resiste alle terapie	26
Dalla leucoplachia al carcinoma orale	28
Privacy: no a foto senza consenso	30
Antibiotici: troppe prescrizioni	32
● Medicina in pillole	
Violenza domestica	33
XXII Giornata mondiale dell'ipertensione	37
● Lavagna	
Ricordo del Prof. Franco GHISELLINI	39
Che ne sai del fumo?	41
Bimbi a tavola con pappablog	42
La dieta flexitariana	43
● Sostituzioni	44

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.

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

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: Federico D'Andrea
Vice Presidente: Lucio Gatti
Segretario: Marco Degrandi
Tesoriere: Gianluca De Regibus
Consiglieri: Daniele Angioni,
Pier Giorgio Barberi, Francesco Bonomo,
Maddalena Brustia,
Mauro Casella (Cons. Odont.),
Maurizio Dugnani,
Lina Falletta, Cristina Gigli,
Maurizio Antonio Gugino (Cons. Odont.),
Mario Migliario, Giulia Pulselli,
Andrea Rognoni, Andrea Toso.

COMMISSIONE ODONTOIATRICA

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

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Presidente: Mauro Nicola
Effettivi: Emanuele Farina,
Federico Maggi
Supplente: Matteo Ratti

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE

Via Torelli 31/A - 28100 Novara
Tel. 0321. 410130
ordinemediciodontoiatrinovara@gmail.com
www.ordinemedicinovara.com

DIRETTORE
Federico D'Andrea

CO-DIRETTORE
Maurizio Dugnani

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

SEGRETARIA DI REDAZIONE
Valeria Pini



Dal Consiglio Direttivo...

VERBALE RIUNIONE CONSIGLIO 31 MARZO 2026

Il giorno 31 Marzo 2026 alle ore 21 presso la Sede dell'Ordine si riunisce il Consiglio Direttivo.

Sono Presenti: Angioni, Bonomo, Brustia, Casella, D'Andrea, Degrandi, De Regibus, Dugnani, Gatti, Gigli, Gugino, Migliario, Pulselli e Rognoni.

Assenti giustificati: Barberi, Falletta e Toso.

Presiede D'Andrea, Segretario Degrandi.

1. *Letture e approvazione verbale seduta precedente*

Viene letto e approvato il verbale della seduta del 24.02.2026.

2. *Comunicazioni del Presidente*

Viene data lettura di una proposta della Wall Street English che chiede la divulgazione di una offerta di un mese di inglese gratuito per gli iscritti all'Ordine. Si approva la divulgazione.

Il Presidente riferisce di aver parlato con un paziente della dott.ssa XX che lamenta di non riuscire a parlare e a prendere appuntamento per una visita.

A tal proposito si sottolinea il fatto che esiste sempre più una conflittualità tra i pazienti e i medici di base. Altro caso simile è quello segnalato nei confronti del dott. WA che non ha visitato il paziente e che non ha diagnosticato una frattura al gomito emersa dopo 50 giorni poiché il sostituto ha prescritto una lastra e una visita ortopedica. A causa di questa tardiva diagnosi il paziente ha subito un intervento chirurgico ed è pervenuta lettera del suo avvocato nella quale chiede i danni al Pronto Soccorso e al MMG. Si decide di riaprire il caso che verrà discusso nella prossima seduta della Commissione Medica.

3. *Variazioni Albi Professionali*

NUOVE ISCRIZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI

Dott. BOERO Alma	Novara	N. 4877
Dott. CASALE Guglielmo	Novara	N. 4878
Dott. CEFFA Giulio	Galliate	N. 4879
Dott. FAVARETTO Giacomo	Novara	N. 4881
Dott. FORTE Gianluca	Galliate	N. 4882
Dott. FRISON Lorenzo	Oleggio	N. 4883
Dott. GALLONI Alessandro	Galliate	N. 4884
Dott. NASTA Gabriele	Novara	N. 4885
Dott. SAVOINI Davide	Barengo	N. 4886
Dott. ZAMPOGNA Marcello	Novara	N. 4887

ISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER

TRASFERIMENTO

Dott. BATTISTA Michele	Borgomanero	N. 4876
Dott. D'ANGELO Anna Grazia	Borgomanero	N. 4880

RICONOSCIMENTO ATTIVITÀ PSICOTERAPEUTICA

Dott. MORA Lorenzo	Parma	N. 4298
--------------------	-------	---------

4. *Questioni amministrative*

Viene deliberato l'aggiornamento 2026 del piano triennale di transizione digitale 2024-2026 che verrà pubblicato sul sito dell'Ordine, come previsto dalle normative vigenti. (Delibera N.16/2026)

5. *Varie ed eventuali*

Caso dott. WA

Il Consiglio Direttivo, letta la nuova segnalazione nei confronti del dr. WA a firma dell'avv. WB, legale del sig. WC, pervenuta il 6/3/2026, alla luce dei fatti nuovi evidenziati e della ulteriore documentazione presentata, delibera di revocare in autotutela l'archiviazione del procedimento disciplinare nei confronti del predetto dr. WA del 16/9/2025 e di riaprire conseguentemente il relativo procedimento disciplinare Caso dott.ssa XA

Il dott. Dugnani riferisce le sue considerazioni: in relazione alle dichiarazioni rese dalla dott.ssa XA e a quanto emerge dalle prove documentali, non si ravvisa nel comportamento della dott.ssa XA nei confronti del signor XB alcuna violazione del codice deontologico medico; riteniamo inoltre che la conflittualità esistente da tempo nel rapporto padre figlia, come emerge dalle dichiarazioni rese in Tribunale dalla dott.ssa XA e anche dalla mancata visita al papà ricoverato in Ospedale, possa in qualche modo aver generato una ingiustificata volontà "vendicativa" della figlia XC nei confronti della dott.ssa XA, in ragione forse anche del rapporto amichevole esistente da tempo tra la signora XD e la dott.ssa XA. Si conferma quindi l'archiviazione del caso.

Caso dott.ssa YA

Era stato deciso in Commissione Medica vista la complessità della materia di far valutare la pratica al dott. Viri, Neuropsichiatra infantile ma interpellato ha fatto presente di conoscere la dottoressa e ha consigliato di rivolgerci ad altro specialista di Varese. Il Consiglio esprime parere favorevole a contattarlo per avere un preventivo per ottenere un suo parere. Caso Dott. ZA

In merito alla segnalazione del dott. ZB nei confronti del dott. ZA e alla sua richiesta di modificare la lettera di scuse presentata dallo stesso all'Ordine di Novara e di Torino, l'Ordine di Novara si rimette a quanto deciderà l'Ordine di Torino.

Il Presidente riferisce che si è tenuta una riunione preliminare in Regione la settimana scorsa e che verrà programmato un nuovo incontro con l'Assessore verso fine mese. Esprime pertanto l'intenzione di riunire a breve una riunione della Federazione Regionale per fare il punto delle varie problematiche da sottoporre tra cui il problema dei Medici stranieri che possono esercitare senza iscrizione all'Ordine.

Viene ratificato il patrocinio rilasciato ai seguenti eventi:

- Convegno "Lo sviluppo del bambino tra 0-36 mesi. Plasticità cerebrale e traiettorie evolutive: individuazione precoce e strategie di intervento nello sviluppo tipico e atipico" organizzato dall'ASLNO che si è svolto il 23 Marzo u.s. a Borgomanero;
- 25° Edizione della Settimana Nazionale per la prevenzione oncologica promossa dalla LILT Nazionale che si è tenuta dal 21 al 29 Marzo u.s.;
- Convegno "La presa in carico riabilitativa secondo il modello ad alto contenuto nel bambino 0-12 mesi organizzato dall'ASLNO che si terrà il 9-10 Aprile a Borgomanero;
- Convegno "Gli enzimi nella CKD e nel trapianto renale: appropriatezza e gestione integrata. Focus su anemia e prurito uremico " che si svolgerà ad Arona il 12.06.2026;
- Premio letterario Internazionale Città di Arona 28° edizione organizzata dal Circolo Culturale Aronese.



VERBALE RIUNIONE CONSIGLIO 28 APRILE 2026

Il giorno 28 Aprile 2026 alle ore 21 presso la Sede dell'Ordine si riunisce il Consiglio Direttivo.

Sono Presenti: Angioni, Barberi, Bonomo, Brustia, D'Andrea, Degrandi, De Regibus, Dugnani, Falletta, Gatti, Gigli, Gugino, Migliario, Pulselli, Toso ed i revisori Maggi e Ratti.

Assenti giustificati: Casella e Rognoni.

Presiede D'Andrea, Segretario Degrandi.

1. *Lettura e approvazione verbale seduta precedente*

Viene letto e approvato il verbale della seduta del 31.03.2026.

2. *Comunicazioni del Presidente*

Il Presidente riferisce che la riunione del Consiglio Regionale prevista per oggi è stata rimandata al 6 Maggio p.v. è stata fatta una riunione online con i presidenti del Piemonte nella quale si è discusso della problematica dei medici stranieri che esercitano con il nulla osta della Regione senza passare dall'Ordine. Occorre trovare un modo, magari creando un elenco speciale presso i nostri uffici, in modo che questi medici vengano registrati presso gli Ordini.

Viene poi affrontato il problema della conflittualità

tra medici e pazienti con segnalazioni sempre più in aumento. Occorre predisporre una comunicazione in cui si sollecitano i colleghi ad un comportamento corretto nei confronti dei pazienti. Si apre un dibattito in Consiglio.

Si dà incarico al dott. Angioni di redigere un documento da inviare agli iscritti.

Il dott. Cusinato ha chiesto un parere sulla volontà da parte del DEA di Borgomanero di dare agli infermieri la possibilità di compiere alcuni atti medici. La dottoressa Brustia relaziona sulla situazione e presenta un documento stilato dall'Ospedale di Borgomanero contenente gli algoritmi che prevederebbe il ruolo degli infermieri nella gestione dei casi non urgenti.



3. *Variazioni Albi Professionali*

NUOVE ISCRIZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI

Dott. FERNANDEZ MOUTIN Maria Jazmin	Novara	N. 4888
Dott. MAKMUR Alessia	Novara	N. 4889
Dott. MALGARA Francesco	Novara	N. 4890

ISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO

Dott. SILVANO Salvatore	Napoli	N. 4891
Dott. ZILIOLI Marco	Bergamo	N. 4892

CANCELLAZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER DECESSO

Dott. RICCI Eraldo	Casaleggio Novara	N. 601
--------------------	-------------------	--------

4. *Questioni amministrative*

Viene deliberata la ratifica Determina Presidenziale N. 1 del 09.04.2026 in merito "Adesione Progetto IT

Wallet" nell'ambito dell'accordo ai sensi dell'art. 7, comma 4, del D.lgs. N. 36/2023 per la realizzazione della misura 1.3.1 "Piattaforma digitale nazionale dati" della Mission M1 - Componente C1. Vedi delibera N. 21/2026.

Viene rilasciato il patrocinio alla "Giornata sugli stili di vita e attività fisica: Oltre la cura il potere del movimento" organizzato da LILT Novara ODV in collaborazione con AIOM Piemonte e Valle d'Aosta che si terrà il 4 Giugno p.v. e al dott. Pasetti per la presentazione del libro **"LA VOLONTA' FRAGILE dal caso Margo alle sfide morali dell'autodeterminazione"** che si terrà Martedì 12 Maggio alle ore 18 presso la Fondazione Faraggiana.

Il prossimo Consiglio viene fissato il 26 Maggio p.v.

Alle ore 22 la seduta è tolta.



VERBALE RIUNIONE CONSIGLIO 26 MAGGIO 2026

Il giorno 26 Maggio 2026 alle ore 22,30 si riunisce a seguito di formale convocazione il Consiglio Direttivo dell'Ordine.

Sono Presenti: Angioni, Barberi, Bonomo, Brustia, D'Andrea, Degrandi, Dugnani, Falletta, Gatti Gugino, Migliario, Pulselli.

Assenti giustificati: Casella, De Regibus, Gigli, Toso, Rognoni.

Presiede D'Andrea, Segretario Degrandi.

1. *Lettura e approvazione verbale seduta precedente*

Viene letto ed approvato il verbale della seduta del 28.04.2026.

2. *Comunicazioni del Presidente*

- Il presidente riferisce che la riunione con l'Assessore in programma per il 27 maggio è stata convertita in riunione da remoto per indisponibilità dell'Assessore.
- In merito al documento sulla centralità della visita clinica redatto da dott. Angioni, su proposta del dott. Degrandi viene deciso di formulare il contenuto in forma di lettera da trasmettere a tutti gli iscritti.
- Il documento sull'Intelligenza artificiale redatto dal dott. Angioni è stato accolto favorevolmente dagli Ordini del Piemonte compreso Torino.
- Il documento dell'Ospedale di Borgomanero redatto dal dott. Zennaro Stefano in merito ad un

progetto per la presa in carico precoce infermieristica in Pronto Soccorso che si propone di migliorare l'efficienza organizzativa e la qualità dell'assistenza attraverso un intervento infermieristico tempestivo fin dalle fasi iniziali dell'accesso del paziente, è stato trasmesso alla FNOMCEO per un parere in merito.

- Il presidente dà lettura di una circolare FNOMCEO finalizzata a sensibilizzare sui danni causati dall'uso della plastica. Verrà trasmessa a tutti gli iscritti.
- E' pervenuta convocazione dal Tribunale di Novara per una commissione giudicatrice dei consulenti tecnici del giudice. Si incarica il dott. Dugnani.

3. *Variazioni Albi Professionali*

NUOVE ISCRIZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI

Dott. DJOUSSI CHOUNTSA Joyce Ursulle	Novara	N. 4893
Dott. ZANATTA GONCALVES Fabio	Novara	N. 4894

CANCELLAZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER DIMISSIONI

Dott. DAL PONTE Caterina Novara N. 4856

CANCELLAZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI PER DECESSO

Dott. FOSSATI Ornella Invorio N. 3501
Dott. PERRONE Giorgio Miasino N. 3080

4. *Questioni amministrative*
Nessuna

5. *Varie ed eventuali*
• Viene rilasciato il patrocinio al Convegno Regionale SIUT Piemonte – Ospedale e Territorio: una

sinergica collaborazione tra la realtà ospedaliera e territoriale che si terrà il 14 Novembre p.v. a Novara presso la nostra sede.

- L'UPO chiede i nominativi di 3 MMG in rappresentanza dell'Ordine per la Commissione di Laurea. Vengono confermati i dott.ri Angioni Daniele, D'Andrea Giulia e Pulselli Giulia.
- Il dott. Gugino chiede informazioni sul manuale di antibioticoterapia redatto nel 2024.
- I prossimi Consigli vengono fissati per il 23 giugno 2026 e per il 21 luglio 2026 per le iscrizioni dei neolaureati.

Alle ore 23 la seduta è tolta.



ALBO MEDICI CHIRURGHI N. 2401	ALBO ODONTOIATRI 284 (118 D.l. + 166)	ANNOTAZIONE PSICOTERAPIA N. 90	ALBO S. T. P. N. 4	REGISTRO M. N. C. N. 51
-------------------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	----------------------------

CENTRALITÀ DELLA VISITA CLINICA DIRETTA

messaggio essenziale

L'organizzazione regola l'accesso. La tecnologia facilita la comunicazione. Il contratto disciplina il lavoro. Tuttavia, quando esiste un bisogno clinico reale o un dubbio non risolvibile a distanza, il giudizio medico e la tutela della salute del paziente restano prevalenti.

Cara collega, caro collega,

Scrivo questa lettera aperta per condividere una riflessione comune su un tema che tocca da vicino il cuore della nostra professione e la nostra quotidianità in ambulatorio. Viviamo in un'epoca di grandi trasformazioni, in cui la tecnologia, le procedure contrattuali e i sistemi di prenotazione ridefiniscono continuamente il nostro modo di lavorare. Eppure, in questo scenario così dinamico, c'è un valore che resta immutato: la centralità della visita clinica diretta.

L'obiettivo di queste righe non è quello di irrigidire la nostra organizzazione quotidiana o spingere verso la moltiplicazione di visite inutili, bensì quello di ricordarci l'importanza di rendere sempre esplicito il nostro giudizio clinico. Organizzazione, tecnologia e contratti sono strumenti indispensabili, ma non potranno mai sostituire il nostro giudizio quando un quadro clinico richiede osservazione diretta, esame obiettivo, valutazione della gravità o una decisione terapeutica. Come sai, la nostra migliore tutela passa sempre da una decisione prudente, proporzionata e documentabile.



Il Dott. Federico D'Andrea

Inoltre le sempre più frequenti segnalazioni dei pazienti relative ad uno scarso impegno da parte degli MMG che risultano quasi sempre prive di fondamento, manifestano però l'esistenza di una crisi sempre maggiore nel rapporto medico paziente.

Ecco perché ci tenevo a riassumere insieme alcuni punti fermi e buone pratiche da tenere a mente:

1. Finalità del documento

Il presente documento propone un inquadramento deontologico-organizzativo sull'importanza della visita clinica diretta nell'attività medica. È rivolto agli iscritti e si applica, con gli adattamenti necessari, al medico di medicina generale, al medico specialista ambulatoriale, al medico libero professionista, al medico dipendente e a ogni medico che assuma decisioni diagnostiche, terapeutiche, prescrittive o certificative.

Il documento non intende negare il valore degli strumenti digitali, nè sostenere che ogni contatto debba necessariamente tradursi in visita. Intende invece fissare un criterio prudenziale: quando la situazione clinica non è chiaramente definibile a distanza, la valutazione diretta resta lo strumento più sicuro per il paziente e più solido per il medico.

• **Formula guida**

La gestione a distanza è appropriata solo se il problema è semplice, circoscritto, già noto o amministrativo. Se il quadro è nuovo, ambiguo, evolutivo, potenzialmente rilevante o difficilmente verificabile, deve prevalere la valutazione clinica diretta o l'invio al setting appropriato.

2. Fondamento deontologico

Il Codice di Deontologia Medica FNOMCeO lega l'atto medico ad autonomia, responsabilità, competenza, appropriatezza, sicurezza delle cure e relazione con la persona assistita. Da ciò discende che la decisione clinica non può essere ridotta a mera risposta amministrativa, automatismo di agenda o comunicazione telematica priva di adeguata valutazione.

Ambito	Rilevanza operativa
Prescrizione e responsabilità	L'art. 13 qualifica la prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione come competenza diretta, specifica, esclusiva e non delegabile del medico, da fondare su diagnosi circostanziata o fondato sospetto diagnostico.
Relazione di cura	L'art. 20 fonda la relazione medico-paziente su fiducia, rispetto, informazione comprensibile e completa; il tempo della comunicazione è considerato tempo di cura
Tecnologie informatiche	Gli indirizzi applicativi allegati all'art. 78 stabiliscono che il medico non può sostituire la visita medica, sostanziata nella relazione diretta con il paziente, con una relazione esclusivamente virtuale.
Non discriminazione	Il Codice richiama il contrasto ad ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure e, nell'uso delle tecnologie, il dovere di garantire uguaglianza di accesso e utilizzo dei servizi sanitari.

3. Separare deontologia, contratto e organizzazione

Gli accordi contrattuali e le procedure organizzative disciplinano modalità di lavoro, orari, accessi, prenotazioni e percorsi. Tali strumenti sono necessari, ma non annullano la responsabilità deontologica e professionale del medico.

Piano	Funzione	Limite
Deontologia	Definisce responsabilità, prudenza, appropriatezza, tutela della salute, relazione di cura e autonomia professionale.	Non è derogabile da mere esigenze di flusso, agenda o comodità organizzativa.
Contratto e procedure	Regolano orari, accessi, prenotazioni, domiciliarità, modalità operative e rapporti convenzionali o di lavoro.	Non sostituiscono il giudizio clinico sul caso concreto.
Tecnologia	Facilita comunicazione, documentazione, triage, monitoraggio e prenotazione.	Non equivale automaticamente a visita medica né a decisione clinica completa.

4. Perché la visita clinica diretta resta essenziale

La visita de visu permette elementi non riproducibili integralmente tramite telefono, e-mail o messaggistica: osservazione del paziente, raccolta anamnestica contestualizzata, valutazione delle condizioni generali, esame obiettivo, confronto tra sintomi riferiti e segni rilevabili, individuazione di elementi non dichiarati o non riconosciuti dal paziente.



Modalità	Contenuto clinico effettivo
La visita consente	Osservazione di respiro, colorito, postura, marcia, vigilanza, dolore, condizioni generali; esame obiettivo; verifica della congruenza clinica; valutazione documentabile.
La distanza consente	Raccolta preliminare di informazioni, orientamento, triage, follow-up concordato, scambio documentale e gestione amministrativa.
La distanza non garantisce	Esame obiettivo, percezione completa del contesto clinico, riconoscimento di segni non riferiti, valutazione sicura della gravità nei quadri ambigui.

5. Uso appropriato di telefono, e-mail e sistemi informatici

Scenario	Criterio pratico
In genere appropriato	Richieste amministrative; invio di documentazione; chiarimenti su terapie già impostate; follow-up concordati; prenotazioni; monitoraggi strutturati; indicazioni organizzative.
Da valutare con cautela	Sintomi lievi ma nuovi; peggioramento riferito di quadro noto; richiesta poco chiara; paziente fragile; difficoltà linguistiche o cognitive; descrizione contraddittoria.
In genere non sufficiente come unico strumento	Dolore toracico; dispnea; deficit neurologici; dolore addominale rilevante; febbre persistente con deterioramento; sincope; peggioramento dello stato generale; dubbio sulla trasportabilità; decisioni terapeutiche complesse.

- **Punto di tutela professionale**

Il rischio non è usare telefono o e-mail. Il rischio è attribuire a telefono o e-mail un valore clinico superiore a quello che possono realmente garantire. La documentazione della decisione deve esplicitare i limiti della valutazione a distanza.

6. Accesso su appuntamento e paziente fuori appuntamento

L'accesso su appuntamento è necessario per la sostenibilità dell'attività sanitaria. Ordina i flussi, riduce il caos ambulatoriale, tutela il tempo clinico e consente una migliore programmazione del lavoro.

Tuttavia, la prenotazione non può diventare criterio assoluto quando il paziente riferisce un motivo clinico plausibilmente rilevante. Il medico può far attendere il paziente, inserirlo in coda, rivalutare la priorità o indirizzarlo al setting più appropriato; non dovrebbe però respingerlo automaticamente per la sola assenza di appuntamento se il bisogno clinico richiede valutazione.

- **Regola operativa**

La prenotazione regola l'ordine ordinario di accesso. La priorità clinica può modificare quell'ordine quando il quadro lo richiede.

7. Domiciliarità e giudizio sulla trasportabilità

La questione della visita domiciliare richiede una formulazione particolarmente prudente. È corretto indirizzare il paziente trasportabile alla visita ambulatoriale, perché la valutazione in studio è spesso più completa, ordinata e



sostenibile. Tuttavia, stabilire a distanza se un paziente sia realmente trasportabile può essere complesso. Il paziente o il familiare possono descrivere il quadro in modo incompleto, sovrastimare o sottostimare la gravità, non riconoscere segni di allarme, avere barriere linguistiche o cognitive o non saper rappresentare correttamente la difficoltà funzionale. Una richiesta apparentemente logistica può nascondere un peggioramento clinico.

- **Formula prudentiale sulla domiciliarità**
Il paziente trasportabile va orientato alla visita ambulatoriale. Quando però la reale trasportabilità non è valutabile con sufficiente sicurezza a distanza, il medico deve adottare una condotta prudente, documentare il ragionamento e scegliere la modalità di valutazione più sicura.

Scenario	Condotta prudente
Informazioni chiare, quadro stabile, paziente verosimilmente trasportabile	Orientare alla visita ambulatoriale, fornendo tempi e modalità di accesso coerenti con il quadro clinico.
Informazioni incomplete, quadro ambiguo, paziente fragile o peggioramento non verificabile	Non trasformare la trasportabilità in giudizio amministrativo. Rivalutare, documentare e scegliere la modalità più sicura.
Segni di allarme o sospetto di urgenza	Indirizzare al setting di urgenza appropriato, attivando le procedure necessarie secondo il contesto.
Richiesta domiciliare incongrua ma senza rischio clinico evidente	Motivare l'invio in ambulatorio e documentare gli elementi disponibili.

8. Non discriminazione e accessibilità reale

La digitalizzazione non deve produrre discriminazioni indirette. La possibilità di essere valutati non può dipendere dalla capacità di usare un'applicazione, scrivere una e-mail efficace, prenotare online, parlare correttamente la lingua italiana o descrivere i sintomi in modo tecnicamente ordinato.

Profilo	Indicazioni operative
Rischi di discriminazione indiretta	Anziani soli; pazienti con bassa alfabetizzazione digitale; barriere linguistiche; fragilità cognitive; disabilità; disagio sociale; pazienti non assertivi.
Correzioni organizzative	Canali alternativi di accesso; possibilità di valutazione telefonica preliminare; flessibilità per bisogni clinici reali; attenzione ai caregiver; documentazione delle decisioni.

9. Cronicità, nuove terapie e medicina specialistica

La centralità della visita diretta è particolarmente rilevante nei pazienti cronici, anziani, fragili, pluripatologici o in politerapia. La gestione di nuove molecole farmacologiche, interazioni, eventi avversi, monitoraggi clinici e laboratoristici, aderenza terapeutica e rivalutazioni periodiche richiede spesso un contatto clinico diretto. Nel medico di medicina generale la complessità deriva dalla continuità longitudinale e dalla visione globale della persona. Nel medico specialista deriva dalla profondità diagnostica e terapeutica della disciplina, dall'uso di farmaci specifici e dal follow-up. In entrambi i casi, il paziente reale non coincide con il referto, con l'e-mail o con il racconto telefonico.



10. Schema di tutela professionale

La tutela del medico non consiste nel ridurre aprioristicamente le visite, ma nel rendere le decisioni clinicamente fondate, proporzionate e documentabili.

Ambito	Contenuto
Da documentare quando possibile	Motivo della richiesta; sintomi riferiti; eventuali segni di allarme presenti o negati; limiti della valutazione a distanza; ragionamento sulla necessità di visita; indicazioni fornite; setting consigliato.
Formulazioni da evitare	"Non ha appuntamento, quindi non può essere visitato"; "Deve venire per forza" senza valutazione del caso; "Mandami una mail e basta" davanti a sintomi nuovi o ambigui.
Formulazioni più solide	"Dalle informazioni disponibili la visita ambulatoriale appare appropriata"; "Il quadro non è valutabile con sicurezza a distanza"; "In presenza di questi sintomi è necessaria una valutazione diretta/urgente".

11. Principi conclusivi per gli iscritti

1. La visita clinica diretta resta il riferimento quando servono osservazione, esame obiettivo, valutazione diagnostica o decisione terapeutica rilevante.
2. Telefono, e-mail e sistemi informatici sono strumenti utili, ma non sostituiscono automaticamente la relazione clinica diretta.
3. L'agenda ordina l'accesso; non può prevalere rigidamente sulla priorità clinica.
4. Il paziente fuori appuntamento con motivo clinico plausibilmente rilevante deve essere valutato secondo giudizio medico, anche se con attesa o indirizzo ad altro setting.
5. Il paziente trasportabile va orientato alla visita ambulatoriale, ma la trasportabilità non deve essere giudicata con automatismi quando il quadro a distanza è incerto.
6. La digitalizzazione deve migliorare l'accesso, non selezionare i pazienti in base alle competenze informatiche, linguistiche o culturali.
7. Il medico si tutela attraverso prudenza clinica, proporzionalità, documentazione e consapevolezza dei limiti della valutazione a distanza.

• Sintesi finale

La tecnologia organizza. La prenotazione ordina. Il contratto disciplina. Ma la decisione clinica resta responsabilità personale del medico e deve essere orientata alla tutela della salute del paziente, alla prudenza deontologica e alla sicurezza delle cure.

Riferimenti essenziali

- FNOMCeO - Codice di deontologia medica, pagina ufficiale: <https://portale.fnomceo.it/codice-deontologico/>
- FNOMCeO - Codice di deontologia medica 2014 e aggiornamenti, PDF: <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/04/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti.pdf>
- FNOMCeO - Indirizzi applicativi allegati all'art. 78, Tecnologie informatiche, PDF: https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2017/11/Indirizzi_applicativi_allegati_-_Art._78.pdf



comunicazione n. 47

Oggetto: decreto 2 aprile 2026 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella tabella I di nuove sostanze psicoattive.

Cari Presidenti,

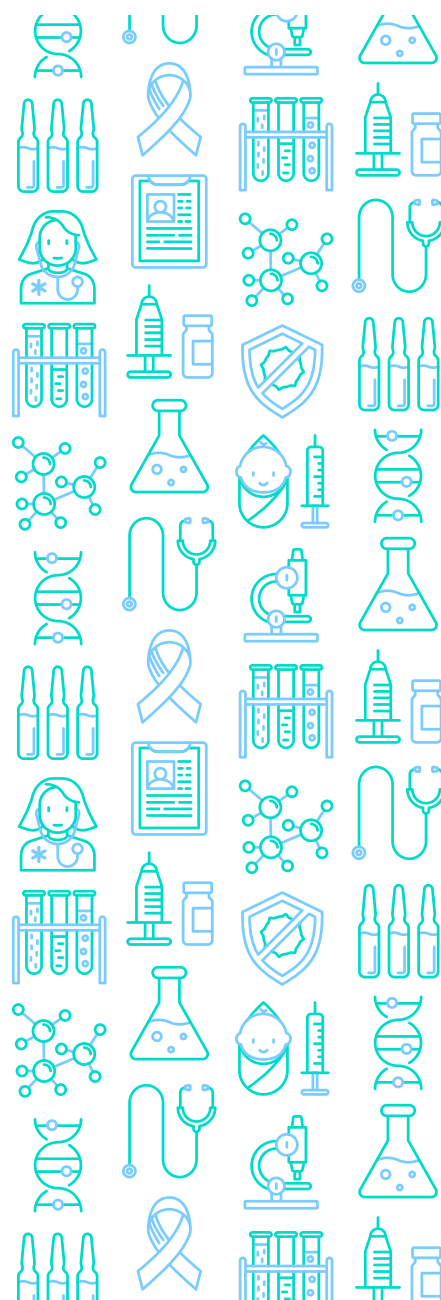
Si segnala per opportuna conoscenza che sulla Gazzetta Ufficiale n. 84 del 11-4-2026 è stato pubblicato il decreto indicato in oggetto che ha aggiornato le tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni, inserendo in particolare nella tabella I del Testo unico le sostanze: CUMIL-PMINACA e tilmetamina e la specifica indicazione delle sostanze 4F-ADMB-BINACA; 4F-MDMB-PINACA; MADMB-4en-PINACA.

Con tale decreto il Ministero della salute ha ritenuto di dover procedere all'aggiornamento della tabella I del Testo unico, a tutela della salute pubblica, in considerazione dei rischi connessi alla diffusione di nuove sostanze psicoattive sul mercato internazionale, riconducibile a sequestri effettuati in Europa.

In conclusione, si trasmette per opportuna conoscenza il suddetto provvedimento invitando gli Ordini, nell'ambito della propria competenza territoriale, a darne la massima diffusione in considerazione della rilevanza della fattispecie trattata.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Dott. Filippo Anelli



comunicazione n. 56

Oggetto: decreto 28 aprile 2026 - Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella I e nella Tabella IV di nuove sostanze psicoattive.

Cari Presidenti,

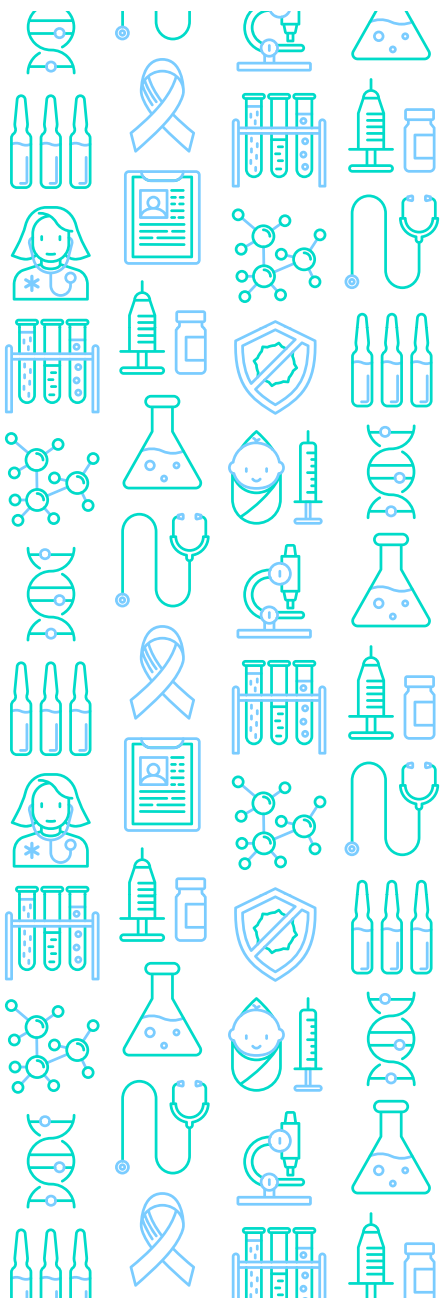
Si segnala per opportuna conoscenza che sulla Gazzetta Ufficiale n. 106 del 9-5-2026 è stato pubblicato il decreto indicato in oggetto che ha aggiornato le tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni, inserendo in particolare nella tabella I del Testo unico le sostanze: N-propil efenidina; ADMB-FUBBIOCA; delta-9-THCP-metilcarbonato; 2-formil-delta-9-THCP e la specifica indicazione della sostanza: -PiHPP e nella Tabella IV la sostanza avizafone.

Con tale decreto il Ministero della salute ha ritenuto di dover procedere all'aggiornamento delle tabelle I e IV del Testo unico, a tutela della salute pubblica, in considerazione dei rischi connessi alla diffusione di nuove sostanze psicoattive sul mercato internazionale, riconducibile a sequestri effettuati in Europa.

In conclusione, si trasmette per opportuna conoscenza il suddetto provvedimento invitando gli Ordini, nell'ambito della propria competenza territoriale, a darne la massima diffusione in considerazione della rilevanza della fattispecie trattata.

Cordiali saluti

*IL PRESIDENTE
Dott. Filippo Anelli*



NOTIZIE VARIE

PROGETTO INTERREGIONALE PER L'AOU DI NOVARA

Il progetto Interreg Italia-Svizzera CHE-NOBEL ha visto un nuovo evento, insieme all'associazione "Il Dono di Ale".

L'evento si è articolato in due momenti distinti ma strettamente collegati dal comune obiettivo di promuovere un'assistenza sempre più attenta alla persona e sostenere la ricerca scientifica.

La prima parte dell'incontro è stata dedicata all'illustrazione dello stato di avanzamento del progetto CHE-NOBEL (Cure Ospedaliere Emozionali Novara-Bellinzona), realizzato in collaborazione con Università e con l'ospedale pediatrico di Bellinzona. Durante la mattinata sono state presentate diverse iniziative finalizzate all'umanizzazione delle cure e al miglioramento della Patient Experience all'interno dell'Azienda ospedaliero-universitaria, tra cui progetti dedicati alle strutture di Ematologia, Pronto soccorso, Dialisi e

Ostetricia. Tra le attività illustrate anche la realizzazione di audiolibri e altri strumenti pensati per rendere più accogliente e confortevole il percorso di cura dei pazienti. La seconda parte dell'evento è stata invece dedicata al ricordo di Alessandro Grazioli e all'impegno dell'associazione "Il Dono di Ale", nata nel 2025 per mantenere viva la sua memoria attraverso iniziative di solidarietà e sostegno alla ricerca. I familiari di Alessandro hanno presentato un video che ha ripercorso la sua storia clinica e illustrato le attività promosse dall'associazione, comprese le campagne di raccolta fondi realizzate nel corso dell'ultimo anno.



IL MAGGIORE DI NOVARA AL CENTRO DELLA FORMAZIONE ECOENDOSCOPICA EUROPEA. AL VIA IL PROGETTO PER UNA SCUOLA ITALIANA DI ECOENDOSCOPIA

L'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara si candida a svolgere un ruolo di primo piano nello sviluppo della formazione specialistica in ecoendoscopia a livello nazionale ed europeo. Presso la struttura complessa di Gastroenterologia, diretta dal dottor Nico Pagano, si è svolto un importante incontro dedicato alla creazione di una Scuola italiana di ecoendoscopia. L'iniziativa rappresenta un passo significativo verso la definizione di standard formativi sempre più elevati, a beneficio dei professionisti e della qualità delle cure offerte ai pazienti.

«La formazione rappresenta uno degli strumenti più importanti per garantire qualità, sicurezza e innovazione nell'assistenza ai pazienti», sottolinea il dottor Nico Pagano. All'incontro hanno partecipato numerosi colleghi da tutta Italia.

RICERCA, INNOVAZIONE E CURA ALLA ONCOLOGIA “MAGGIORE” DI NOVARA

La struttura di Oncologia integra attività clinica, ricerca traslazionale e sperimentazione terapeutica avanzata, offrendo percorsi multidisciplinari dedicati ai pazienti oncologici.

Così è stato attuato il progetto di ricerca “SNP-ET”, coordinato dalla dott.ssa Benedetta Conte. L'iniziativa, della durata di 36 mesi, mira a sviluppare un test innovativo, non invasivo e a basso costo per personalizzare la terapia ormonale nelle giovani pazienti con carcinoma mammario ormono-sensibile in fase iniziale.

La dott.ssa Benedetta Conte (Novara), il dott. Davide Soldato (Genova) e la dott.ssa Maria Lucia Iacovino (Napoli) hanno sviluppato un progetto che analizza le varianti genetiche ereditarie (SNP) coinvolte nel metabolismo degli estrogeni.

Lo studio coinvolge tre centri italiani di eccellenza: Aou di Novara (coordinatore), IRCCS Policlinico San Martino di Genova e Istituto Nazionale Tumori IRCCS Pascale di Napoli. Il progetto integra ricerca genomica, studi clinici e analisi della qualità di vita, con l'obiettivo di una rapida applicazione clinica.

CLINICHE VIRTUALI ASINCRONE PER GLAUCOMA E MALATTIE RETINICHE ALL'AOU DI NOVARA

La Struttura complessa a direzione universitaria di Oftalmologia, diretta dal prof. Stefano De Cillà.

Ha dato vita al progetto “Asynchronous Virtual Clinics for Monitoring Glaucoma and Retinal Disease Patients”, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Bando Ricerca Finalizzata 2024. Il progetto propone un nuovo modello organizzativo per la gestione delle patologie oculari croniche. L'iniziativa nasce per rispondere a una criticità crescente del Servizio Sanitario Nazionale: l'aumento costante del numero di pazienti con malattie croniche, a fronte di risorse limitate e tempi di attesa sempre più lunghi. Il progetto introduce e valuta per la prima volta in Italia un modello di clinica virtuale asincrona, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza dei servizi senza compromettere la qualità e la sicurezza delle cure. Coordinato dall'Aou di Novara, il progetto coinvolge la Città della Salute e della Scienza di Torino e la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, con un finanziamento complessivo di 450 mila euro e una durata prevista di 36 mesi.

H2NEON: ALL'AOU DI NOVARA UN PROGETTO DI IDROCHINESIOLOGIA DEDICATO AI BAMBINI NATI PRETERMINE E ALLE LORO FAMIGLIE

Un percorso innovativo di sostegno alla crescita e allo sviluppo dei bambini nati pretermine, capace di unire aspetti terapeutici, educativi e relazionali attraverso l'acqua come strumento di cura. È il cuore del progetto “H2NeoN”, iniziativa di Idrochinesiologia promossa a favore delle famiglie seguite dalla Terapia Intensiva Neonatale (TIN) dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara. Il progetto è nato grazie ai fondi raccolti nel dicembre 2025 durante lo spettacolo benefico “The Passio”, organizzato al Teatro Coccia di Novara. L'evento ha consentito di raccogliere complessivamente

4.300 euro, risorse che l'associazione Neo-N ha deciso di destinare concretamente al sostegno delle famiglie di bambini prematuri, permettendo la ripresa del progetto di idrochinesiologia precedentemente sospeso al termine del “Progetto Con Me”. “H2NeoN” avrà durata annuale e coinvolgerà circa 18 famiglie segnalate dalla Terapia Intensiva Neonatale.



IL NUOVO MODELLO DI SANITÀ TERRITORIALE: ATTIVE AD ARONA LA CASA DELLA COMUNITÀ E L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

Sono state inaugurate la "Casa della Comunità" di Arona e l'"Ospedale di Comunità" in via San Carlo, 11 (Presidio Sanitario Territoriale di Arona), un riferimento concreto per la creazione e consolidamento di una rete socio-sanitaria che risponde ai bisogni di salute del territorio.

La Struttura, grazie al finanziamento PNRR, ha ampliato e rimodulato l'offerta di servizi che già esistevano al suo interno; dal punto di vista strutturale, l'intervento è consistito nella manutenzione straordinaria di locali preesistenti e degli impianti dell'immobile.

In particolare, sono stati ampliati gli ambienti al piano terra destinati all'attività dei Medici di Medicina Generale già presenti, del Servizio di Continuità Assistenziale e del Servizio Cure Domiciliari. Tutti i locali sono stati climatizzati con un adeguato impianto di condizionamento.

Il cittadino trova, recandosi in un'unica sede, una presa in carico immediata del proprio bisogno da parte del servizio infermieristico oppure del Medico di Medicina Generale oppure ancora da parte dell'équipe formata da Infermiere di Famiglia-Comunità e Assistente Sociale e un'accoglienza attiva che orienta e indirizza le proprie domande (il Punto Unico di Accesso)



Nella **Casa di Comunità di Arona** sono presenti:

- al **piano seminterrato**: il Servizio di Radiologia ;
- al **piano terra**: locali destinati alle attività dei Medici di Medicina Generale, del Servizio di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) e del Servizio di Cure Domiciliari (ADI); è presente inoltre, il Centro Prelievi con ingresso da via Fogliotti;
- al **primo piano** sono collocati gli Ambulatori Specialistici di cardiologia, diabetologia, pneumologia, neurologia, otorinolaringoiatria, dermatologia e oculistica, vulnologia, odontoiatria, oltre i consultori e la neuropsichiatria
- **L'Ospedale di Comunità**, ubicato al **secondo piano** della Palazzina, è una struttura pensata per assistere pazienti che non hanno bisogno di un ricovero ospedaliero ad alta intensità, ma che non possono ancora essere seguiti completamente a casa (persone anziane fragili; pazienti dimessi dall'ospedale ma ancora non autonomi; persone con malattie croniche riacutizzate; pazienti che necessitano di riabilitazione leggera o monitoraggio clinico; persone che non possono essere assistite temporaneamente a domicilio)
- Nell'edificio sono collocati, al **secondo piano**, **l'Hospice e il Servizio di Cure Palliative**, finalizzati a garantire supporto sanitario, assistenziale e relazionale ai pazienti e ai loro familiari e al **terzo piano il CAL - Dialisi Territoriale** per i pazienti del Distretto e i turisti che ne abbiano necessità

medici Fantasma

LE PROPOSTE DEGLI ORDINI DEI MEDICI

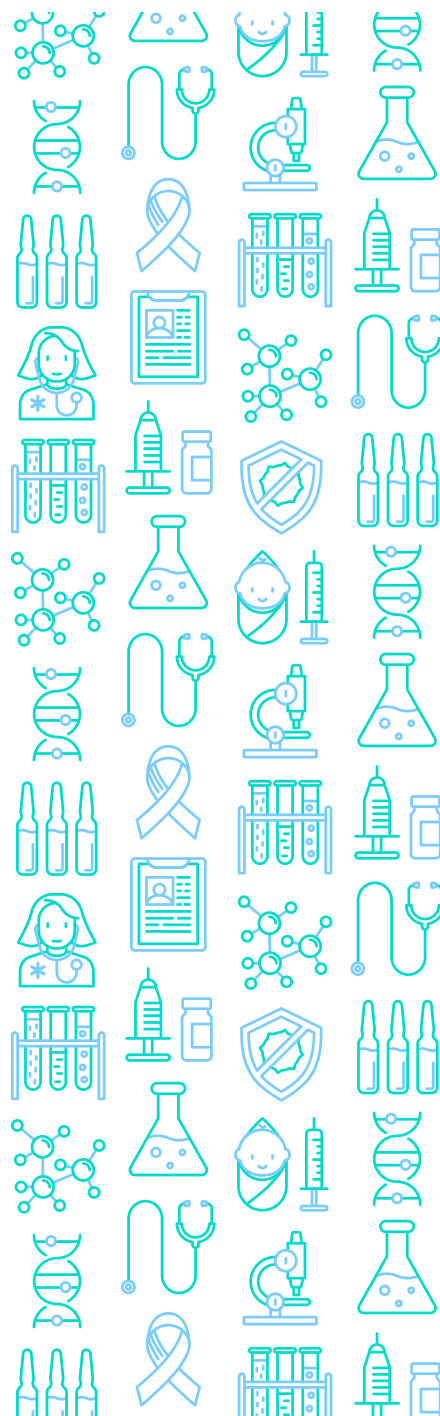
Continuano le riflessioni da parte della Federazione regionale degli Ordini (presidente è il dott. Federico D'Andrea) sul fenomeno dei cosiddetti "medici fantasma", ovvero quei sanitari stranieri assunti nel servizio sanitario. Viene consentito lo svolgimento delle professioni sanitarie da parte di operatori con qualifiche conseguite all'estero ma non necessariamente riconosciute in Italia e senza che vi possa essere notifica agli Ordini professionali. In sostanza, medici sconosciuti a chi ha il compito di verificarne la professionalità.

Ed ecco nascere la proposta della Federazione nazionale, che ha redatto una proposta di regolamento in modo da istituire una sezione straordinaria allegata agli Albi degli Ordini dei medici in cui possono essere iscritti i professionisti che abbiano ottenuto dalla Regione l'autorizzazione all'esercizio temporaneo della professione.

«L'obiettivo - spiega il dott. D'Andrea - è quello di garantire la tutela della salute pubblica; di assicurare trasparenza e tracciabilità dei professionisti autorizzati e favorire il coordinamento tra Regioni e Ordini territoriali. Questa proposta sarà oggetto di discussione con l'assessore piemontese alla sanità in una prossima riunione».

L'iscritto nella sezione straordinaria è abilitato ad esercitare l'attività professionale con le modalità e nei limiti previsti dall'autorizzazione regionale ed è tenuto a rispettare tutte le norme previste dall'ordinamento professionale vigente (rispetto del codice deontologico, obbligo di aggiornamento, copertura assicurativa e altro. In particolare, all'Ordine è affidato il compito di accertare la conoscenza della lingua italiana secondo la normativa vigente.

*L'ufficio stampa
15 giugno 2026*



assistenza sanitaria Temporanea Territoriale

la Regione Piemonte ha già previsto soluzioni per ovviare al problema della carenza dei medici di medicina generale e ha riconosciuto che le Asl devono attuare soluzioni alternative (incarichi temporanei- medici a ore (ex guardia medica), -modelli sperimentali) come pure ha previsto esplicitamente il concorso del volontariato

Negli ultimi mesi abbiamo rilevato, anche attraverso segnalazioni dirette, la presenza di un numero significativo di cittadini temporaneamente privi di medico di riferimento, con conseguenti difficoltà di accesso alle cure di base. Per contribuire in modo concreto e coordinato alla gestione di tale criticità, abbiamo predisposto una proposta operativa per l'attivazione di un ambulatorio medico temporaneo di supporto all'assistenza primaria, con le seguenti caratteristiche: attività a titolo volontaristico e gratuito o prestazioni limitate a gestione di bisogni sanitari non urgenti o, se urgenti, non gravi.

L'intervento mira a:

- diminuire ricorso improprio al Pronto Soccorso
- evitare sovrapposizioni con il sistema convenzionato
- alleggerire il già troppo intenso carico di lavoro dei M.M.G.
- piena collaborazione con i M.M.G.

Accesso al servizio. Possono accedere:

- pazienti residenti/domiciliati nel territorio del Distretto Nord, che sono senza MMG o che non possono recarsi dal proprio medico con ambulatorio sito in un altro comune.
- Accesso libero senza prenotazione

Prestazioni erogate:

- visite ambulatoriali di base
- gestione patologie acute limitate ai codici bianchi e verdi.
- orientamento ai servizi sanitari

Sono escluse:

- visite a domicilio
- presa in carico continuativa complessa
- attività medico-legali non urgenti

Prescrizione:

- prescrizione dei farmaci su modulistica intestata Ambulatorio Auser
- relazione clinica per i pazienti con medico non facilmente raggiungibile

N.B: prevista la costituzione di un fondo di solidarietà farmaceutica, al fine di supportare pazienti in condizioni di fragilità economica.

Ambulatori in presenza di due o più medici Auser, attivi inizialmente per uno o due giorni settimanali e naturalmente aperti per tutte le persone del distretto, non solo dei comuni interessati. I pazienti che necessitano di visite specialistiche, e/o esami strumentali, dopo la visita, potranno accedere velocemente ai servizi del Poliambulatorio Auser di Borgomanero

N.B: esempi di

- **CODICI BIANCHI:** piccoli traumi, disturbi lievi (raffreddore, tosse, febbre, puntura d'insetto, gastroenterite...) **dolori non urgenti** (mal di testa, denti, dolore mestruale).
- **CODICI VERDI:** distorsioni, ustioni, cadute con dolori, colica renale, epatica, emicrania, sciatalgia, emorroidi, bronchite con febbre, vomito e diarrea, vertigini, cistite.

ORARI E SEDI dell'AMBULATORIO AUSER

Borgomanero: giorno MARTEDÌ

Ore 15,00 - 17,00

sede: Auser

Fontaneto: giorno MERCOLEDÌ

Ore 15,00 - 17,00

sede: Ambulatorio Municipio

Bolzano Nov: giorno MARTEDÌ

Ore 9,30 - 10,30

sede: Ambulatorio Municipio

NB: non si effettuano visite a domicilio, non si ripetono farmaci per terapie croniche, non si fanno certificati.

PRESTITO D'ONORE enpam

E' possibile chiedere il prestito d'onore all'Enpam se:

- sei iscritto all'Enpam;
- sei in regola con i versamenti;
- sei iscritto all'area riservata;
- non hai già un finanziamento con l'Enpam;
- non hai un reddito familiare lordo medio degli ultimi tre anni superiore a 8 volte il trattamento minimo Inps per il 2025 (cioè a 62.753,60 euro). Il limite è aumentato del minimo Inps (cioè di 7.844,20 euro) per ogni componente del nucleo, escluso chi fa la domanda. L'incremento raddoppia per ogni componente riconosciuto invalido almeno all'80 per cento.

Requisiti specifici

Studenti universitari del 5° e 6° anno di corso

- hai meno di 30 anni;
- hai superato l'80% del numero degli esami previsti dal piano di studi relativi agli anni precedenti;
- hai un piano di studi completo con l'indicazione dell'indirizzo scelto da te tra quelli consigliati dalla Facoltà o una copia del piano di studi da te proposto e approvato dal Consiglio di Facoltà.

Laureati (formazione postlaurea o studio professionale)

- hai meno di 35 anni;
- hai la partita Iva.

E' possibile chiedere:

- 10mila euro (che ti verranno dati in due rate), per completare gli studi se sei iscritto al 5° anno di corso in medicina o in odontoiatria;
- 5mila euro che ti verranno versati in un'unica rata, per completare gli studi se sei iscritto al 6° anno;
- da un minimo di 5mila euro fino a 30mila euro per proseguire la formazione dopo la laurea;
- da un minimo di 30mila euro fino a 120mila euro per pagare le spese per il primo studio professionale.

Il **bando** si chiuderà alle ore 12.00 del 10 settembre 2026.

La domanda va presentata online dall'area riservata:

entra nell'**area riservata** nella colonna a sinistra clicca su Bandi e poi su Prestito d'onore. Entro il 10 novembre 2026 riceverai un'email dall'Enpam che ti informerà se la domanda è stata accettata. Ti verranno dati i contatti delle banche per richiedere il prestito.



La Voce dei medici Fiscali

Comunico che con atto del 30/09/2025 è stato creato un sindacato in rappresentanza dei medici fiscali denominato "la Voce dei Medici Fiscali" con sede legale in Perugia, via del lago, 32.

Lo statuto prevede la tutela ed il supporto dei medici fiscali ed Il Consiglio di amministrazione, costituito dai dott.ri Fabio Guardabasso e Giuseppe Vicino, ha eletto come Presidente la Dott.ssa Cascetta Rossella che ne ha la rappresentanza. In considerazione del particolare momento che stanno vivendo attualmente i medici fiscali, e dell'importanza che quindi rivestirà il nuovo ACN in gestazione, con la possibilità di essere accreditati presso l'Istituto per la trattativa e le scelte che verranno fatte, vi comunichiamo che saremo presenti con le nostre proposte che condivideremo coi nostri iscritti.

- Per chi crede che l'Acn attuale abbia abbassato i compensi ed aumentato le incompatibilità.
- Per chi pensa che questo Acn attuale sia migliorabile.
- Per chi è iscritto ad un sindacato che non dà alcuna informazione ed è latitante.
- Per chi è titolare di un incarico temporaneo e vuole continuare questo lavoro.

NB.:Il sindacato ha anche una ottima convenzione per l'Assicurazione per responsabilità professionale, Malattia ed Infortunio a 500 euro che INPS rimborsa.

Per iscrizioni al Sindacato

tel.: 3888771167

mail: rossella.cascetta@libero.it





estetica e funzione

Sabato 7 Novembre 2026
Hotel Regina Palace, Stresa



Sessione odontoiatri

CONSIGLI PER UN'ODONTOIATRIA EFFICIENTE

08.30-09.00	Registrazione dei partecipanti
09.00-09.15	Inaugurazione congresso saluto delle autorità.
09.15-10.45	Prof. Antonio Cerutti Restauro ad alto valore estetico: dialogo tra approccio tradizionale e digitale.
10.45-11.00	Discussione interattiva
11.00-11.15	Coffee break
11.15-12.45	Dott. Marco Redemagni Il mantenimento dei volumi tissutali perimplantari con approccio mini invasivo
12.45-13.00	Discussione interattiva
13.00 -14.00	Lunch
14.00 -16.00	Dott. Alessandro Conti - Odt Davide Bertazzo Restaurativa in area estetica: integrazione tra tecniche dirette ed indirette
16.00-16.30	Tavola rotonda

ISCRIZIONE

Disponibili 100 posti.
Le iscrizioni verranno accettate in ordine di arrivo.

SEDE DEI CORSI

HOTEL REGINA PALACE
Corso Umberto I, 33 - 28838 Stresa (VB)
TEL. 0323 936936

PARCHEGGIO AUTO

€ 3,00 Tariffa oraria
€ 20 tariffa giornaliera

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Per i partecipanti al corso sono previste tariffe convenzionate per il pernottamento alberghiero. Gli interessati possono contattare direttamente l'Hotel Regina Palace.

PROVIDER E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

A.N.D.I. Sezione di Novara VCO
Via Beltrami, 2/b - 28100 Novara
Tel. 351 9866902
Lun-Ven 09.00/13.00
novara@andi.com

É PREVISTO L'ACCREDITAMENTO ECM

Sessione personale ausiliario

COME COMBATTERE L'ENDO-NOIA: IL RUOLO DINAMICO E INTRAPRENDENTE DELL'ASO NEI PROTOCOLLI OPERATIVI ENDODONTICI MODERNI

08.15	Registrazione dei partecipanti
08.30	Inaugurazione congresso e saluti
13.30	Termine lavori e consegna attestato

Dott. Davide CASTRO

Il corso, della durata di 5 ore, vale ai fini dell'aggiornamento annuale previsto per il profilo ASO.

Sabato 28 Novembre 2026 Corso in DAD su piattaforma Coverfop

PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CROCIATE NELLO STUDIO ODONTOLATRICO: MANI PULITE, SICUREZZA CIRCOLARE E RISCHIO LEGIONELLA

dalle 8.30 alle 13.30

Dott.ssa Monica Giovanna RAVERA

Il corso, della durata di 5 ore, vale ai fini dell'aggiornamento annuale previsto per il profilo ASO.



ISCRIZIONE

Disponibili 100 posti.

Le iscrizioni verranno accettate in ordine di arrivo.

SEDE DEI CORSI

HOTEL REGINA PALACE

Corso Umberto I, 33 - 28838 Stresa (VB)

TEL. 0323 936936

PARCHEGGIO AUTO

€ 3,00 Tariffa oraria

€ 20 tariffa giornaliera

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Per i partecipanti al corso sono previste tariffe convenzionate per il pernottamento alberghiero. Gli interessati possono contattare direttamente l'Hotel Regina Palace.

PROVIDER E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

A.N.D.I. Sezione di Novara VCO

Via Beltrami, 2/b - 28100 Novara

Tel. 351 9866902

Lun-Ven 09.00/13.00

novara@andi.com

É PREVISTO L'ACCREDITAMENTO ECM



QUANDO LA PERIMPLANTITE RESISTE ALLE TERAPIE. NUOVE SCOPERTE SUL COMPORTAMENTO DEI MACROFAGI

Uno studio ha valutato l'effetto citotossico delle particelle di titanio liberate nei tessuti, studiando le alterazioni che impediscono la rimozione dei microbi.
Redazione Odontoiatria33

Nel successo a lungo termine della terapia implantare, la perimplantite rappresenta una delle sfide più frustranti e resistenti ai trattamenti della moderna odontoiatria. Colpendo milioni di pazienti, questa condizione porta alla progressiva distruzione del tessuto osseo mascellare e al conseguente fallimento dell'impianto, determinando un aumento esponenziale dei costi sanitari. Clinicamente, le lesioni perimplantari mostrano un'infiammazione molto più violenta e un riassorbimento osseo decisamente più rapido rispetto alla parodontite convenzionale. La medicina ha classicamente attribuito l'eziologia della perimplantite al biofilm batterico; tuttavia, a differenza della parodontite, questa patologia progredisce frequentemente anche dopo la completa risoluzione dell'infezione tramite le terapie antimicrobiche standard, evidenziando una preoccupante resistenza ai comuni antibiotici. Per fare luce su questo "gap" biologico, un recente studio scientifico pubblicato su PNAS Nexus, ha analizzato i meccanismi molecolari dell'ospite scoprendo che il biofilm non agisce da solo. I ricercatori hanno concentrato l'attenzione sulle particelle di titanio di derivazione implantare (i-TiPs), detriti abiotici rilasciati nei tessuti perimplantari durante le manovre di manutenzione routinaria – come il debridement e lo scaling meccanico – o a causa dei processi infiammatori locali. L'obiettivo primario della ricerca è stato esaminare l'impatto diretto di queste particelle di titanio sulla capacità fagocitaria e sull'integrità lisosomiale dei macrofagi, le cellule immunitarie responsabili della rimozione dei patogeni e della stabilità dei siti perimplantari.

METODI DELLA RICERCA

Per convalidare la rilevanza clinica dell'esposizione al titanio, gli scienziati hanno inizialmente eseguito un esame citologico esfoliativo sulla mucosa perimplantare umana prelevata da cinque siti affetti da perimplantite. In vitro, per comprendere le risposte cellulari

dettagliate, sono stati utilizzati macrofagi derivati da cellule THP-1, stimolati con particelle di titanio prodotte in laboratorio tramite sonicazione. Queste particelle artificiali riflettevano fedelmente quelle estratte dai tessuti umani in termini di forma, circolarità e spettro elementare (diametro di circa 1,5-1,7 micron). La ricerca ha previsto l'esposizione dei macrofagi sia alle sole particelle di titanio sia in combinazione con il lipopolisaccaride (LPS), un endotossina batterica che mima l'ambiente polimicrobico perimplantare. Attraverso tecniche avanzate di citometria a flusso, microscopia confocale, elettrofisiologia a patch-clamp e analisi RT-qPCR, sono state monitorate la complessità granulare interna delle cellule, la polimerizzazione dell'actina, l'espressione genica dei recettori scavenger e i flussi di calcio intracellulare. Infine, lo studio ha validato i meccanismi biologici in vivo attraverso un rigoroso modello murino di ascesso periorale, confrontando topi selvatici (Wild-Type) con topi geneticamente modificati privi del canale del calcio TRPC1 (topi TRPC1 knockout).

RISULTATI

I dati emersi dallo studio hanno descritto un vero e proprio "sequestro" funzionale delle difese immunitarie. L'analisi citologica ha confermato che le cellule della

mucosa perimplantare umana fagocitano attivamente le particelle di titanio libere. Quando i macrofagi inglobano questi detriti, subiscono un aumento drastico della loro granularità e complessità interna. Questa internalizzazione induce un esaurimento del citoscheletro: i macrofagi carichi di titanio mostrano una significativa inibizione della polimerizzazione dell'actina (valutata tramite la fluorescenza della falloidina), diventando completamente refrattari e incapaci di rispondere ai successivi attacchi batterici.

A livello recettoriale, l'esposizione alle particelle provoca una regolazione genica complessa e bifasica. Nelle prime 2 ore, la combinazione di LPS e titanio agisce in sinergia, potenziando l'espressione del recettore TLR4 e del recettore scavenger MARCO. Sulla distanza delle 24 ore, però, subentra uno stato di tolleranza immunitaria che abbatta i livelli di TLR4. Al contrario, il recettore MARCO resta fortemente attivato dal titanio da solo, guidando una stimolazione infiammatoria cronica e persistente.

Il cuore della scoperta risiede tuttavia nella disregolazione dell'omeostasi del calcio e nel danno agli organelli cellulari. L'ingresso di particelle di titanio attiva in modo anomalo i canali del calcio plasmatici TRPC1, scatenando un massivo e continuo influsso di calcio dall'ambiente extracellulare.

"La stimolazione causata dalle particelle di titanio provoca la comparsa di una corrente intracellulare non selettiva, le cui proprietà bioelettriche corrispondono precisamente a quelle del canale TRPC1", spiegano i ricercatori.

"Questo eccessivo influsso di calcio distrugge il delicato equilibrio omeostatico endolisosomiale della cellula". Questo "sovraccarico" di calcio altera il traffico vescicolare all'interno del macrofago. I lisosomi perdono la loro acidità interna — evidenziata dal crollo della fluorescenza nei test LysoTracker — subendo un'alcalinizzazione che blocca la maturazione dei fagolisosomi. Di conseguenza, gli enzimi degradativi non possono attivarsi e la cellula non riesce più a digerire i microbi. Inoltre, l'esposizione al titanio provoca la permeabilizzazione della membrana lisosomiale, con il rilascio dannoso di catepsina B nel citosol e un incremento massivo della secrezione di citochine iper-infiammatorie come l'interleuchina-1 β (IL-1 β), l'interleuchina-6 (IL-6) e il fattore di necrosi tumorale alfa (TNF- α). I macrofagi esposti alle i-TiPs e ai batteri polimicrobici si trasformano così in "nicchie immunitarie disfunzionali" che alimentano l'infiammazione distruttiva pur essendo incapaci di eliminare l'infezione.

IMPLICAZIONI CLINICHE

Per la pratica clinica quotidiana del dentista, queste scoperte cambiano radicalmente il paradigma diagnostico e terapeutico della perimplantite. Dimostrano che la presenza di detriti di titanio nei tessuti peri-implantari non è un fattore inerte, bensì un co-fattore patogeno abiotico attivo e permanente, capace di sovvertire le difese immunitarie locali.

Quando un clinico si trova di fronte a una perimplantite refrattaria, la persistenza della malattia non è necessariamente legata al fallimento della terapia antibiotica nel distruggere i batteri, ma all'incapacità dei macrofagi "esauriti" e intossicati dal titanio di

completare la clearance batterica.

Questo impone una riflessione cruciale sulla delicatezza della manutenzione implantare: l'utilizzo di strumenti di debridement aggressivi o non idonei rischia di esacerbare il rilascio di particelle d'usura (i-TiPs) nell'ambiente mucoso, peggiorando lo stato infiammatorio. Le tradizionali strategie terapeutiche esclusivamente rivolte all'abbattimento della carica batterica si rivelano perciò biologicamente incomplete.

CONCLUSIONI

La ricerca getta le basi per lo sviluppo di terapie adiuvanti di modulazione dell'ospite, superando il concetto del solo trattamento antimicrobico. Nel modello animale della sperimentazione, il silenziamento genetico del canale TRPC1 ha bloccato l'influsso anomalo di calcio, ridotto drasticamente i livelli di citochine infiammatorie e protetto i tessuti dalla formazione degli ascessi, preservando l'efficacia della clearance batterica. La conferma dello stesso aumento patologico del canale TRPC1 nei campioni biotici di pazienti umani affetti da perimplantite convalida definitivamente la sovrapponibilità del modello.

"I nostri risultati scoprono un meccanismo di fallimento immunitario indotto da particelle che spiega la resistenza clinica della perimplantite alle terapie standard", concludono i ricercatori. "Questo evidenzia la pressante necessità clinica di introdurre strategie mirate di immunomodulazione diretta sull'ospite, capaci di inibire selettivamente le vie di segnalazione del calcio TRPC1 per ripristinare la competenza immunitaria dei macrofagi e interrompere l'anello infiammatorio cronico attorno agli impianti".



DALLA LEUCOPLACHIA AL CARCINOMA ORALE: I SEGNALI MOLECOLARI CHE PREDICONO IL RISCHIO

Una ricerca indica come l'approccio non può più basarsi esclusivamente su criteri clinico istopatologici, ma dovrebbe integrare marcatori molecolari predittivi
Redazione Odontoiatria33

L'obiettivo principale della revisione pubblicata su Oral Diseases è stato quello di valutare in modo quantitativo l'espressione dei cosiddetti "hallmarks of cancer" nella leucoplachia orale (OL) e la loro associazione con il rischio di trasformazione maligna, con l'intento di identificare i più precoci eventi oncogenici coinvolti nella carcinogenesi orale. L'obiettivo è stato quello di identificare i più precoci meccanismi molecolari oncogenici coinvolti nella trasformazione maligna della leucoplachia, così da migliorare le strategie preventive e terapeutiche, chiariscono gli autori.

METODI

Lo studio è stato organizzato come revisione sistematica con meta-analisi secondo linee guida internazionali (PRISMA, MOOSE, Cochrane), includendo esclusivamente studi longitudinali di tipo cohort condotti su pazienti con leucoplachia orale.

La ricerca bibliografica ha interessato Embase, MEDLINE/PubMed, Scopus e Web of Science fino a settembre 2024, senza restrizioni di lingua o data. Sono stati inclusi studi che analizzavano l'espressione proteica mediante immunoistochimica in campioni di leucoplachia, con dati di follow-up sulla trasformazione in carcinoma squamocellulare orale. Complessivamente, sono stati selezionati 60 studi per un totale di 9.758 lesioni, analizzando 68 biomarcatori riconducibili ai principali hallmark del cancro.

RISULTATI

Il ruolo centrale della proliferazione cellulare

Il dato che indica il hallmark della proliferazione sostenuta evidenza come il 56,30% delle leucoplachie esprima biomarcatori proliferativi, con una probabilità di trasformazione maligna quasi raddoppiata ($RR = 1,92$; $p < 0,001$). Inoltre, l'espressione di tali

biomarcatori è significativamente più frequente rispetto alla mucosa orale sana ($OR = 7,70$). I ricercatori sottolineano che *"lo stato iperproliferativo si comporta come un driver della trasformazione maligna"*, verosimilmente per l'aumentata probabilità di accumulo di alterazioni genetiche.

Instabilità genomica e riparazione del DNA

Un altro risultato di forte impatto riguarda l'instabilità genomica. Sebbene basata su un numero limitato di studi, questa condizione si associa a un aumento estremamente marcato del rischio oncologico (RR fino a 8,14). Parallelamente, i meccanismi di riparazione del DNA risultano frequentemente attivati (54,15% dei casi), ma non protettivi. Come osservano i ricercatori, tali meccanismi *"paradossalmente si comportano come marker di rischio"*, indicando lesioni già caratterizzate da alterazioni oncogeniche rilevanti.

Transizione epitelio-mesenchimale e invasività

Particolarmente rilevante è il **hallmark** relativo all'attivazione dell'invasione e metastasi, espressione biologica della transizione epitelio-mesenchimale (EMT). Questo fenomeno è presente nel 37,30% delle leucoplachie ed è associato a un incremento del rischio di trasformazione maligna di oltre tre volte ($RR = 3,43$; $p < 0,001$).

Altri hallmark

Implicazioni cliniche

Dal punto di vista clinico, i risultati suggeriscono un cambio di paradigma nella valutazione delle leucoplachie orali. L'approccio non può più basarsi esclusivamente su criteri clinico istopatologici, ma dovrebbe integrare marcatori molecolari predittivi. In particolare, l'analisi immunoistochimica di specifici biomarcatori — come Ki 67 (proliferazione), podoplanina (EMT) e PD L1 (evasione immunitaria) — potrebbe migliorare la stratificazione del rischio. Secondo gli autori, l'utilizzo combinato di questi indicatori, insieme ai fattori clinici (lesioni non omogenee, localizzazione linguale, dimensioni, abitudine al fumo) e istopatologici (displasia), *“potrebbe contribuire a una valutazione più precisa del rischio di trasformazione maligna e alla definizione di strategie terapeutiche mirate”*.

Questa meta-analisi rappresenta la prima sintesi quantitativa che correla in modo sistematico gli hallmark del cancro con la trasformazione maligna della leucoplachia orale. Le evidenze indicano chiaramente che le lesioni a maggiore rischio sono quelle caratterizzate da iperproliferazione, attivazione della transizione epitelio-mesenchimale ed evasione della risposta immunitaria.

GARANTEE PRIVACY: NO A FOTO DEL PAZIENTE SENZA CONSENSO ANCHE PER FINALITÀ DI RICERCA

Non è possibile pubblicare immagini di una persona malata senza consenso, neppure quando la finalità è la ricerca medico-scientifica, se prima non vengono adottate misure idonee a garantirne l'anonimato. È questo il principio che il Garante della privacy ha recentemente riaffermato, intervenendo su un caso che riguarda la diffusione di immagini cliniche in ambito congressuale e scientifico.

Il caso: immagini cliniche e identificabilità del paziente

La vicenda nasce dalla segnalazione della madre di un neonato affetto da una grave malformazione e successivamente deceduto. La donna aveva rinvenuto online un ePoster utilizzato per la presentazione di una ricerca in occasione di un convegno medico, nel quale comparivano fotografie del bambino, ritratto in una culla ospedaliera, accompagnate da numerose informazioni relative alla storia clinica familiare.

Lo studio era stato pubblicato sul sito della Società italiana di pediatria e solo in un secondo momento rimosso. Tuttavia, la combinazione di immagini e dati clinici rendeva il minore identificabile, sebbene in una cerchia ristretta di soggetti. Questo elemento è stato ritenuto sufficiente dall'Autorità per configurare una violazione della normativa in materia di protezione dei dati personali.

Le motivazioni del Garante: consenso e tutela della dignità

Nel corso dell'istruttoria, informa una nota del Garante, è emerso come il medico non avesse adottato misure adeguate per evitare l'identificabilità, né diretta né indiretta, del minore. Ancora più rilevante, **non era stato acquisito il consenso dei genitori alla pubblicazione delle immagini e delle informazioni cliniche**, un passaggio che resta imprescindibile ogniqualvolta si utilizzino fotografie riferibili a un paziente. **Il Garante ha sottolineato inoltre un aspetto centrale per la pratica clinica e scientifica:** la tutela della dignità della persona. La diffusione di immagini relative a condizioni patologiche gravi, soprattutto quando riguardano soggetti vulnerabili come i minori, impone un livello di cautela ancora maggiore, proprio per evitare esposizioni che possano risultare lesive, anche a posteriori.

Nel definire il procedimento, l'Autorità ha richiamato esplicitamente il Codice di condotta sull'utilizzo dei dati sulla salute per finalità di studio e pubblicazione scientifica. **Il documento stabilisce che il medico debba garantire la non identificabilità dei soggetti coinvolti attraverso specifiche tecniche di anonimizzazione.**

Indicazioni operative

Non è sufficiente rimuovere dati anagrafici evidenti: anche dettagli apparentemente secondari, se combinati con immagini o informazioni cliniche, possono rendere una persona riconoscibile. L'adozione di tecniche di anonimizzazione deve essere effettiva e verificabile, mentre il consenso informato deve essere specifico per la finalità di pubblicazione.

Particolare attenzione va riservata ai minori e ai casi clinici ad alta riconoscibilità, nei quali l'esigenza scientifica deve essere bilanciata con il rispetto della dignità e della riservatezza del paziente.



ANTIBIOTICI DAL DENTISTA: TROPPE PRESCRIZIONI INAPPROPRIATE

Il British Dental Journal lancia l'allarme: i dentisti prescrivono circa il 10% di tutti gli antibiotici orali, ma fino all'80% di queste prescrizioni potrebbe essere inappropriato.

Redazione Odontoiatria33

L'antibiotico-resistenza è una delle più gravi minacce sanitarie globali del nostro tempo. Secondo le stime, senza interventi efficaci potrebbe causare fino a **10 milioni di morti l'anno entro il 2050**, con un impatto economico devastante. Anche la pratica odontoiatrica è chiamata a fare la sua parte: **i dentisti prescrivono circa il 10% di tutti gli antibiotici orali, ma fino all'80% di queste prescrizioni potrebbe essere inappropriato.**

È quanto emerge da un approfondimento titolato *"Pass the prescription: improving antibiotic stewardship"*, pubblicato sul British Dental Journal sulla base di una ricerca condotta presso il reparto di Chirurgia Orale e Maxillo-Facciale del **Luton and Dunstable University Hospital**, nel Regno Unito.

Co-amoxiclav troppo usato, nonostante le linee guida

Gli autori hanno osservato una frequente prescrizione di Co-amoxiclav per il trattamento delle infezioni dento-alveolari acute, **nonostante questo antibiotico non sia raccomandato dalle linee guida locali e nazionali.** Per valutare il problema, i ricercatori hanno effettuato un audit retrospettivo **su 100 pazienti**, con un'età media di 38 anni. La maggior parte dei pazienti si presentava con ascessi dentali acuti associati a gonfiore facciale e coinvolgimento sistemico. L'80% è stato sottoposto a trattamento chirurgico, seguito da terapia antibiotica orale. I risultati del primo ciclo di audit sono stati netti: solo il 18% delle prescrizioni rispettava le linee guida, mentre il 60% dei pazienti riceveva co-amoxiclav in modo inappropriato.

Formazione mirata e strumenti digitali: il cambio di rotta

Dopo la diffusione dei risultati, il reparto ha avviato una serie di comunicazioni invitando i clinici a consultare regolarmente le linee guida tramite strumenti digitali e riferimenti nazionali. L'effetto è stato immediato. Nel secondo ciclo di audit, la percentuale di prescrizioni conformi alle linee guida è salita al **70%**, mentre l'uso improprio di Co-amoxiclav è crollato al **4%**. Gli antibiotici più utilizzati sono diventati **amoxicillina e metronidazolo**, in linea con le raccomandazioni ufficiali.

"Gli antibiotici non sono la soluzione"

La ricerca chiarisce anche perché l'abuso di antibiotici ad ampio spettro sia spesso ingiustificato. *"Meno del 33% delle infezioni dentali coinvolge batteri produttori di β -lattamasi"*, spiegano gli autori, rendendo superfluo l'uso di associazioni come il Co-amoxiclav nella maggior parte dei casi. **Amoxicillina e metronidazolo**, invece, "colpiscono i principali batteri patogeni, riducendo al minimo gli effetti collaterali e il rischio di resistenze antimicrobiche". Un messaggio chiave dello studio è chiaro: **gli antibiotici sono un supporto, non la cura definitiva.** "Gli ascessi dovrebbero essere drenati quando possibile e la rimozione della causa dell'infezione è essenziale per una risoluzione completa", sottolineano gli autori, richiamando l'attenzione sull'importanza dell'intervento clinico rispetto alla sola prescrizione farmacologica.

Un appello ai professionisti

In conclusione, lo studio lancia un appello diretto alla comunità odontoiatrica: *"invitiamo i clinici a seguire le linee guida, monitorare la compliance e utilizzare formazione mirata e strumenti digitali per promuovere una corretta gestione degli antibiotici e contrastare lo sviluppo dell'antibiotico-resistenza"*.

Un messaggio che va oltre il contesto britannico e che riguarda da vicino anche la pratica clinica quotidiana: **prescrivere meno, prescrivere meglio**, per proteggere l'efficacia degli antibiotici oggi e in futuro.



UN POSTER CONTRO La VIOLENZA DOMESTICA

**L'importanza della prevenzione nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia.
Articolo proposto da Cristina Gigli, email: giglicristina99@gmail.com**

Anna Libera Latino¹, Antonella Antonelli², Cinzia Grassi², Paola Miglioranza², Elisabetta Quaranta², Michela Sanna², Valentina Bosco³, Alessandro Manzoni⁴

1 Responsabile Areo "Abuso e Maltrattamento" FIMP;
2 Areo Abuso e Maltrattamento" FIMP; 3 Co-Referente Sito e Osservatorio
Giovani Pediatri FIMP; 4 Coordinatore Gruppo Senato FIMP

Riassunto

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la violenza un primario problema di salute pubblica a livello globale poiché può conseguire in morte, può causare grave disabilità o può contribuire a una varietà di danni alla salute e pertanto ritiene che la violenza, in tutte le sue forme e come qualsiasi altra patologia, debba essere prevenuta.

Nel mondo il 30% delle donne è vittima di violenza: la violenza di genere, che "si annida nello squilibrio relazionale tra i sessi e nel desiderio di controllo e di possesso da parte del genere maschile sul femminile", secondo quanto condiviso dall'ONU e dall'Unione Europea, è riconosciuta dalla Convenzione di Istanbul quale forma di violazione dei diritti umani e di discriminazione e, in quanto tale, va prevenuta per proteggere la donna-vittima da una parte e i figli-testimoni di violenza dall'altra.

Infatti, quando gli atti violenti si consumano all'interno della famiglia si configura la cosiddetta violenza domestica, le cui vittime sono soprattutto donne e minori, con grave compromissione della loro salute fisica e mentale. Ma, come anche stabilito dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, la violenza domestica non va considerata un problema contingente o emergenziale che riguarda la singola famiglia, bensì come un problema strutturale che riguarda la società nel suo insieme per cui va affrontata con urgenza e in modo coordinato.

La violenza domestica

Parlare di violenza-domestica certamente non suscita la rassicurante idea/immagine del "focolare". In Italia, secondo l'ISTAT, il 13,6% delle donne subisce violenza fisica, sessuale, psicologica o economica proprio da parte del proprio partner o ex partner.

Il clima di tensione che si viene a creare all'interno delle mura domestiche, determinato dall'alternarsi di fasi di violenza e momenti

di apparente rilassatezza (ciclo della violenza), mina in modo ingravescente l'autostima della donna, facendola sentire debole, impotente e del tutto dipendente dall'autore della violenza stessa. Il partner violento mette in atto una serie di modalità di potere e di controllo sulla donna, soggiogandola sul piano fisico, sessuale, psicologico, economico, spesso strumentalizzando i figli e facendola sentire incapace anche come madre: la compromissione delle capacità genitoriali di quest'ultima, in seguito al perpetuarsi delle violenze, le impediscono di costruire un sereno rapporto con la prole o la rendono talora addirittura a sua volta maltrattante nei confronti dei figli.

La rilevazione di una situazione di violenza domestica a danno di una madre da parte del pediatra di famiglia non è facile, innanzitutto perché la donna volutamente evita di affrontare spontaneamente il problema per un senso di pudore, di dignità o di omertà, nel tentativo di proteggere in tal modo se stessa e i figli dall'altrui giudizio: riconoscersi vittima di violenza, infatti, richiede, da parte della donna, una presa di coscienza il più delle volte lunga, sofferta. Talvolta, anche quando la donna diventa consapevole e ormai vicina ad aprirsi, spesso ha un ripensamento circa l'opportunità o meno di parlarne con altre persone per una serie di motivi, tra cui:

- la persistenza di stereotipi e di resistenze di tipo culturale connessi alla violenza domestica e di genere;
- il prevalere di meccanismi inconsci di negazione e minimizzazione della violenza nelle relazioni familiari e delle

- sue conseguenze su se stessa e sulla prole;
- la paura di vedersi “togliere i figli e le figlie” in seguito a una sua denuncia per maltrattamento nei confronti del marito, del partner o dell'ex partner.

Tutte condizioni, queste, che contribuiscono a mantenere per lo più sommerso il fenomeno della violenza domestica rispetto alla sua reale portata.

La violenza assistita

l'importanza di far emergere il sommerso proprio nell'ambulatorio del pediatra di famiglia, però, nasce dal fatto che assistere direttamente o indirettamente ad atti di violenza a danno della propria madre altera, in modo talvolta irreversibile, anche lo sviluppo fisico, cognitivo ed emotivo dei soggetti di minore età: la violenza assistita è a tutti gli effetti assimilabile, quanto a conseguenze sulla salute, a una violenza subita. Vivere in un contesto familiare maltrattante, infatti, comporta per le vittime sia una disorganizzazione dell'attaccamento, con conseguenti futuri problemi relazionali, sia una disregolazione emotiva con tendenza a oscillare tra iperattivazione e ipoattivazione e relativi disturbi comportamentali. Inoltre, bambine, bambini e adolescenti che vivono in una famiglia violenta corrono il rischio di identificare le relazioni affettive con le relazioni di sopraffazione, imparano il disprezzo per le donne e per tutte le persone viste come più deboli, adottano comportamenti violenti già nei confronti dei loro pari per ottenere vantaggi e acquisire prestigio. Tutto questo li predispone a diventare partner violenti fin dall'adolescenza (teen dotting violence) o figure parentali adulte a loro volta maltrattanti nei confronti della prole (child abuse and neglect). Il coinvolgimento dei minori nella violenza tra partner intimi, inoltre, può avvenire non solo durante la convivenza dei genitori, ma anche nella fase di separazione e dopo la separazione stessa: anzi, proprio in tali situazioni aumenta il rischio che essi vengano strumentalizzati con minaccia di essere sottratti alle madri, talvolta anche in sede giudiziaria (cosiddetta vittimizzazione secondario della donna e del minore). Proprio in queste fasi è particolarmente alto il rischio di escalation della violenza fino all'epilogo più tragico, quale il femminicidio. Di particolare gravità, in tal caso, oltre ovviamente la morte della madre, è la condizione psicofisica degli orfani speciali, ossia dei minori vittima di violenza assistita da femminicidio: “speciali” sia perché questi bambini e bambine o adolescenti si trovano ad affrontare al contempo la morte della madre e la detenzione del padre, spesso responsabile dell'omicidio, o la morte dello stesso in quanto suicida, e sia perché per il resto della loro vita saranno speciali i loro bisogni, la loro condizione psicologica, i loro destini.

Prevenire la violenza di genere e la violenza assistita nell'ambulatorio del Pediatra di famiglia

L'ambulatorio del pediatra di famiglia rappresenta sicuramente un osservatorio privilegiato per riconoscere condizioni di pregiudizio del benessere psicofisico di un soggetto di minore età derivanti da un ambiente familiare maltrattante nei suoi confronti e/ o nei confronti della madre. Il pediatra, infatti, anche grazie al rapporto di fiducia che instaura nel tempo sia con il piccolo assistito che con i suoi genitori, conosce bene il minore, la sua famiglia, il suo contesto di vita allargato e quindi:

- può individuare eventuali fattori di rischio (o di protezione) individuali, relazionali, comunitari, sociali predisponenti a condizioni di violenza di genere e maltrattamento all'infanzia;
- può sospettare una situazione di violenza domestica già in essere a danno di donne o minori, cogliendo particolari indicatori comportamentali del soggetto maltrattante (Tab. I) e/ o della vittima (Tab. II), sebbene, specie in quest'ultimo caso, si tratti di segnali aspecifici, che dipendono da età e dal grado di sviluppo del bambino, dall'intensità e dalla durata temporale della violenza, dalla vicinanza emotiva con l'autore della violenza: più intimo è l'autore, più grande sarà il trauma della vittima di minore età.

TABELLA I. <i>Indicatori di maltrattamento nel comportamento dei genitori.</i>
Distacco emotivo, reazioni inappropriate alle situazioni
Affermazioni contraddittorie
Versioni contraddittorie rispetto agli incidenti
Ritardo nelle cure mediche necessarie
Cambio frequente del medico
Comportamento iperprotettivo
Riluttanza nelle informazioni lamentele sul non avere nessun aiuto

TABELLA II.
Indicatori di maltrattamento nel comportamento dei minori.

Inadempienza dell'obbligo scolastico
Ansia estrema, irritabilità
Disturbi della condotta alimentare e del sonno
Alterazioni nella defecazione e nella minzione
Crisi di aggressività, autolesionismo
Improvvisi cambiamenti di comportamento/abitudini
Condotte antisociali o francamente devianti
Esibizionismo
Uso precoce di alcol e droghe
Iperautonomia o passività, apatia

Ma il pediatra, nel proprio ambulatorio, può realizzare anche interventi di prevenzione primaria della violenza domestica e assistita, utilizzando diverse modalità di sensibilizzazione e informazione su tali problematiche. È molto importante trasmettere, in primis, il messaggio che in quel setting c'è un pediatra sensibile alla problematica della violenza domestica.

A tale scopo, sono molto efficaci, come dimostrato anche da lavori scientifici, poster di sensibilizzazione affissi sulle pareti dell'ambulatorio o della sala d'attesa, in modo che la donna, qualora necessario e soprattutto quando consapevole e pronta ad aprirsi, si senta libera di parlare della propria condizione con il proprio medico di fiducia. Poster, inoltre, recanti possibilmente anche riferimenti utili affinché la donna vittima di violenza o stalking possa accedere autonomamente ai servizi di aiuto, come ad esempio numeri di emergenza/urgenza, contatti telefonici e indirizzi di centri antiviolenza (CAV) territoriali.

È altrettanto importante, d'altra parte, che il pediatra o la pediatra, opportunamente formati sull'argomento, si pongano in un atteggiamento di ascolto empatico e non giudicante nei confronti della vittima, siano in grado di fornirle informazioni adeguate ad aiutarla a intraprendere un percorso di fuoriuscita dalla violenza per sé e per i propri figli.

“La violenza domestica è un problema di salute per tutta la famiglia”

La FIMP da molti anni promuove iniziative di prevenzione della violenza assistita e dell'abuso e maltrattamento sui minori, mirate soprattutto a formare i propri iscritti al riconoscimento precoce e al contrasto del fenomeno e dei suoi effetti negativi sulla salute delle vittime.

Il 25 novembre scorso, in occasione della Giornata mondiale contro la violenza sulle donne, la FIMP ha voluto promuovere anche un valido strumento di prevenzione primaria della violenza domestica su donne e minori. Sulla base di una idea nata dal Gruppo Senato della FIMP e poi sviluppata dall'Area Abuso e Maltrattamento, è stato realizzato un poster di sensibilizzazione sulle varie forme di violenza (fisica, psicologica, verbale, assistita, stalking, ecc.), talvolta subdole e piuttosto sottovalutate nella loro effettiva capacità di devastare la salute psicofisica della/e vittima/e, specie se la violenza è introfamiliare (Fig. 1). Il poster, attraverso immagini evocative delle varie possibili forme di violenza domestica, accompagnate da frasi esplicative, semplici e comprensibili anche a bambini e bambine, vuole scuotere dall'indifferenza nei confronti di un problema che non è solo di natura socioculturale e di portata mediatica, ma che interessa tutti (in primis le vittime, ma anche familiari, amici o conoscenti di persone vittime di violenza) e riguarda altrettanto da vicino noi pediatri di famiglia che, nel ruolo di pubblici ufficiali, abbiamo oltretutto l'obbligo di denuncia e/o referto qualora previsti dalla legge.

Sensibilizzare su un tema così importante chiunque acceda negli ambulatori dei pediatri di famiglia italiani può avere risvolti molto importanti: può contribuire ad accrescere la consapevolezza generale riguardo la gravità del fenomeno, farlo apparire per quello che veramente è, ossia un problema di salute, ma soprattutto può contribuire a rendere consapevoli in particolare le stesse vittime di violenza o stalking, adulte o di minore età, aiutandole a riconoscersi tali, a non sentirsi sole ma, piuttosto, a chiedere aiuto e chiamare il **numero nazionale antiviolenza 1522.**



fimp Federazione Italiana Medici Pediatri

LA VIOLENZA DOMESTICA È UN PROBLEMA DI SALUTE PER TUTTA LA FAMIGLIA



Le parole, come il silenzio, sono pietre... possono ferire e lasciare cicatrici profonde, anche su di te.



Uno schiaffo fa sempre male: è comunque una violenza.



La violenza assistita è sempre violenza subita!



Qualsiasi forma di violenza domestica non è MAI invisibile, neppure agli occhi di una bambina o di un bambino.



Proteggi te e la tua famiglia: parlare con la tua o con il tuo pediatra prima che sia troppo tardi!

SE SEI VITTIMA DI VIOLENZA DOMESTICA O STALKING CHIAMA IL 1522

A cura dell'Area Abuso e Maltrattamento e del Senato della FIMP

Immagini su autorizzazione di VIOLA Dauna O.d.V., riutilizzabili con attribuzione

Fig. 1

Bibliografia:

1. Baldry AC. Orfani speciali. Milano: Franco Angeli 2017.
2. CESVI. Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia - 2024.
3. Felitti VJ, Ando RF, Nordenberg D, et al. REPRINT OF: Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med 2019;56:774-786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>. <https://www.fimp.pro/area-scientifico/aree-tematiche/obu-sere-maltrattamento>.
4. <https://www.istai.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-Consiglio-Europo.pdf>.
5. La vittimizzazione secondaria delle donne che subiscono violenza e dei loro figli nei procedimenti che disciplinano l'affidamento e la responsabilità genitoriale. <https://www.senato.it/leg/18/BGT/TESTI/Allegati/00000366.pdf>.
6. Ragavan MI, Murroy A Supporting Intimate Partner Violence Survivors and Their Children in Pediatric Healthcare Settings. Pediatr Clin North Am 2023;70: 1069-1086. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2023.06.016>.
7. WHO. World Report on Violence and Health - 2002. <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>.

XXII GIORNATA mondiale DELL'IPERTENSIONE

Sabato 13 giugno 2026 si è svolta a Novara la XXII Giornata Mondiale contro l'ipertensione arteriosa promossa in tutto il mondo dalla World Hypertension League.

A livello nazionale l'iniziativa è promossa annualmente dalla Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (S.I.I.A.).



Localmente la manifestazione ha avuto luogo in Piazza della Repubblica ed è stata resa possibile grazie al prezioso supporto organizzativo e alla collaborazione ormai tradizionale della C.R.I. di Novara nell'allestimento di una postazione c/o la quale i cittadini hanno potuto recarsi per la rilevazione della propria pressione arteriosa e ottenere informazioni qualificate e utili chiarimenti circa le varie problematiche cliniche correlate all'ipertensione arteriosa, in particolare le gravi complicanze e le modalità per ridurre l'incidenza e la severità delle medesime.

Nella realizzazione dell'evento hanno collaborato come da tradizione, i volontari della CRI locale; inoltre i dottori Fabio Lunati, dirigente medico della SSVD Medicina Interna del P.O. di Galliate/ASOU Maggiore della Carità di Novara; Mauro Campanini direttore SC Medicina 2, ASOU Maggiore della Carità di Novara, Dr Flavio Bobbio Direttore SSVD Medicina Interna P.O. Galliate e il dr Maurizio Dugnani, libero professionista, già Direttore SSVD Medicina Interna P.O. di Galliate. L'evento ha riscosso anche quest'anno un notevole successo; circa 60 cittadini si sono fermati con la nostra postazione per la misurazione della pressione e richiedere utili informazioni circa problematiche e possibili complicanze cliniche correlate all'ipertensione. Quali le ragioni di portare all'attenzione della popolazione una condizione morbosa, quale l'ipertensione arteriosa, la quale sembra avere oggi minore risonanza mediatica rispetto ad altre patologie? Innanzitutto perché l'ipertensione arteriosa in Italia e nel mondo occidentale



rappresenta ancora oggi la più importante causa di morbidità e mortalità cardiovascolare. Si stima che circa un miliardo e mezzo sono i soggetti ipertesi nel mondo, 150 milioni nell'Europa occidentale e 15 milioni in Italia. Dati recenti affermano che la prevalenza dell'ipertensione arteriosa è oggi intorno al 30-45% a livello mondiale fino a livelli intorno al 60-75% negli ultrasessantenni; oltre il 30% della popolazione italiana adulta è affetta da ipertensione arteriosa con percentuali ampiamente superiori nelle fasce più avanzate di età; circa il 60% degli ultrasessantenni sono ipertesi; inoltre la prevalenza di ipertensione arteriosa è in aumento anche nei bambini, adolescenti e giovani adulti; occorre inoltre sottolineare che, trattandosi di una condizione per molti anni asintomatica, solo una parte degli ipertesi sa di esserlo; inoltre soltanto il 40% degli ipertesi trattati farmacologicamente presenta un soddisfacente controllo della propria pressione; infine l'aderenza al trattamento risulta spesso inadeguato, < 50% nella metà dei pazienti. Lo slogan "Misura bene e controlla la tua pressione per vivere più a lungo" è stato negli ultimi anni il motivo conduttore della Giornata Mondiale; a tal proposito è importante sottolineare come la misurazione e in particolare l'auto misurazione domiciliare della pressione debba essere effettuata correttamente e con apparecchi validati.

La misurazione della pressione deve essere effettuata:

- in condizioni di riposo da almeno 5 minuti
- senza avere fumato, assunto alcoolici, caffè o thè, mangiato abbondantemente o aver fatto attività fisica
- senza parlare, né muoversi, stando seduti con il dorso appoggiato e il braccio posizionato su un tavolo all'altezza del cuore
- effettuando ogni volta almeno 2 misurazioni consecutive con apparecchio validato
- utilizzando un bracciale di dimensioni adeguate alla circonferenza del proprio braccio

Storicamente si definisce ipertensione arteriosa una PA > a 140/90 (riscontrata in tre successive misurazioni).

L'edizione di quest'anno della Giornata Mondiale inoltre ha voluto porre l'attenzione su una opzione terapeutica non farmacologica innovativa, la **denervazione renale**. Si tratta di **nuova procedura mini-invasiva** relativamente semplice in Centri Clinici specialistici, utilizzata in pazienti affetti da ipertensione refrattaria alla terapia farmacologica tradizionale; attraverso il posizionamento di un catetere, solitamente in arteria femorale e sospinto fino a livello delle arterie renali, è possibile disattivare selettivamente, utilizzando radiofrequenza o ultrasuoni erogate dal catetere medesimo, le terminazioni nervose del sistema simpatico presenti lungo la parete delle arterie renali.

Tale trattamento fonda il razionale sul legame stretto esistente tra i nervi renali del Sistema Nervoso Simpatico (SNS) e la pressione sanguigna, attraverso anche la attivazione del sistema renina-angiotensina.

Maurizio Dugnani

IL 21 GIUGNO 2026 CI HA LASCIATI IL PROF. FRANCO GHISELLINI

Primario Emerito del reparto di Ortopedia e Traumatologia
dell'AOU Maggiore della Carità di Novara.

Illustre medico chirurgo italiano, considerato uno dei pionieri e geni dell'ortopedia nazionale ha legato indissolubilmente la sua carriera e la sua fama clinica all'Ospedale Maggiore della Carità di Novara, struttura in cui ha ricoperto a lungo il ruolo di Primario del reparto di Ortopedia e Traumatologia.

Ha lasciato un segno profondo nell'evoluzione della chirurgia ortopedica in Italia, distinguendosi in particolare:

- Chirurgia protesica pionieristica: è stato tra i primi promotori in Italia (già dagli anni Ottanta) dello sviluppo e della diffusione della chirurgia protesica articolare per l'anca e per il ginocchio, portando il reparto di Novara a livelli di eccellenza nazionale.
- Fondazione del "Club del Ginocchio": nel 1979 ha fatto parte del ristretto pool di ortopedici italiani che ha istituito lo storico Club del Ginocchio ad Ancona. Questo nucleo scientifico originario si è evoluto nel corso degli anni fino a diventare l'attuale SIAGASCOT, una delle più importanti società scientifiche italiane dedicate a artroscopia, ginocchio e tecnologie ortopediche.
- Infezioni protesiche: ha contribuito attivamente alla ricerca e alla divulgazione scientifica sui protocolli di trattamento e prevenzione delle complicanze infettive nella chirurgia protesica dell'apparato locomotore.

Uomo dalle passioni eclettiche, oltre alla vocazione medica era noto tra colleghi e allievi per il suo amore per la natura e per la sua attività come velista e pilota.

Questo il ricordo dei suoi allievi.

Fortunati,

questo è l'aggettivo che meglio qualifica il gruppo di giovani medici che dal 1976, anno in cui Franco Ghisellini giunse a Novara, e negli anni seguenti fino al 2000, ha avuto la possibilità di lavorare con il professor Ghisellini.

Anzi con il "PROFESSORE" come era normale tra di noi fare riferimento al nostro primario.

Eravamo un gruppo di medici tutti giovani, tanto che quello tra noi più grande di età non aveva ancora compiuto 30 anni.



Il Professore, figura importante e da tutti stimata nel campo dell'Ortopedia, è stato pioniere nella chirurgia del ginocchio e nella chirurgia protesica ed ha fatto di Novara un punto di riferimento nazionale ed internazionale nella cura di alcune patologie particolarmente gravi, come le infezioni degli impianti protesici.

E noi, fortunati, con lui abbiamo avuto la possibilità di migliorare il nostro bagaglio professionale, usufruendo del suo insegnamento e della sua naturale attenzione alla crescita e alla carriera dei collaboratori. In effetti Franco Ghisellini ha fatto da maestro a tutta una generazione di ortopedici.

Ma non si può completare questo ricordo, senza dire che il Professore è stato maestro non solo di chirurgia, ma anche di vita, perché ci ha insegnato un approccio serio e intellettualmente onesto alla professione, mirata innanzitutto alla cura e al benessere dei pazienti.

Uniche erano anche la sua vasta e profonda cultura e la sua genialità e intelligenza creativa nell'inventare nuove tecniche e attrezzature chirurgiche, così come indimenticabili e mai sopite erano la sua arguzia e la sua irresistibile ironia, sempre divertente e mai cattiva.

Concludiamo, interpretando il pensiero di tutti i pazienti che ha curato e del personale medico e infermieristico che ha avuto l'onore e la fortuna di lavorare con lui, dicendo:

GRAZIE PROFESSORE

CHE NE SAI DEL “FUMO”?

Storia di Gianni e di Rashid
Lampi di Stampa 2026

Il libro vuole essere uno strumento per la prevenzione delle tossicodipendenze negli adolescenti. Si tratta di un libro a fumetti, in italiano ed in arabo, che racconta la storia vera di un adolescente italiano e di uno egiziano arrivato in Italia da solo a Lampedusa, senza alcun parente. Con il loro fardello di problemi entrambi incontrano il mondo della droga che si propone loro come facile via di fuga dalle preoccupazioni senza risolverle veramente bensì rischiando di renderli dipendenti. L'idea del libro nasce dall'esperienza del dr. Calgaro come tutore volontario di minori stranieri non accompagnati (MSNA) durante la quale ha potuto constatare la grande fragilità e vulnerabilità di tali giovani d'oggi. Il messaggio centrale delle due storie per i ragazzi è quello di non chiudersi con il proprio fardello di problemi, piccoli o grandi che siano, ma di cercare sempre il confronto con figure autorevoli e di fiducia. Allo stesso tempo è necessario che essi trovino delle figure adulte capaci di ascoltarli e di parlare loro senza giudicarli. Il libro diventa allora utile anche per chi si occupa di giovani. Esso contiene al centro delle note di approfondimento per avere informazioni dettagliate sul tema.

Sceneggiatura e testi sono a cura del dr. Marco Calgaro. Medico di Medicina Generale, ex Medico di riferimento presso la Comunità terapeutica per tossicodipendenti “Villa Segù” di Novara-Olengo. Specialista in geriatria. Dal gennaio 2024 tutore volontario di MSNA (minori stranieri non accompagnati) è membro del direttivo della A.P.S. TUTRICI E TUTORI VOLONTARI di m.s.n.a. PIEMONTE E VALLE D'AOSTA - E.T.S.

Illustrazioni e lettering sono a cura del prof. Marco Feo docente di Storia dell'Arte, ha collaborato con diverse case editrici fra cui La nave di Teseo, Oblomov, Feltrinelli, DeAgostini, Tunué. Nel 1995 ha creato “Lo Sciacallo Elettronico” la prima rivista italiana di fumetti su internet. Ha scritto i testi delle guide alle mostre “Giotto e il Novecento”, “Klimt e l'arte italiana”, “Dürer. Mater et Melancholia” per il MART di Rovereto, “Roy Lichtenstein. Variazioni Pop” per Palazzo Tarasconi di Parma.

La traduzione in Arabo è a cura della dr.ssa Malika Mamane, docente di lingue semitiche, insegnante presso il Centro Culturale MIR di Novara e mediatrice culturale per la Provincia di Novara.

Dalla presentazione del libro alla fiera Book Pride - Milano 2026



BIMBI a TAVOLA CON PAPPABLOG

Guida pratica allo Svezzamento con ricette per bambini

È ora disponibile su Amazon "Bimbi a tavola con Pappablog: Guida pratica allo Svezzamento con ricette per bambini", libro della Dott.ssa Maria Gabriella Dongarrà: una guida pratica e coinvolgente dedicata all'alimentazione complementare dei più piccoli.

Attraverso un dialogo autentico e quotidiano tra madre e figlio, il volume accompagna le famiglie in un percorso naturale che va dal primo assaggio fino alla conquista dell'autonomia a tavola. Un approccio semplice, empatico e concreto che rende lo svezzamento un momento sereno e consapevole.

Il libro è suddiviso in due sezioni principali. Nella prima, vengono affrontati in modo chiaro e accessibile i temi fondamentali dello svezzamento, seguendo le più recenti indicazioni della Piramide Alimentare della Dieta Mediterranea. Nella seconda parte, troviamo una ricca raccolta di ricette realizzate con ingredienti facilmente reperibili, pensate non solo per soddisfare il gusto dei bambini, ma per coinvolgere tutta la famiglia.

Un alleato prezioso per genitori che desiderano unire salute, gusto e semplicità nella crescita alimentare dei propri figli.

Per scoprire tutti i dettagli e acquistare il libro, clicca sul link:

<https://amzn.to/4f2RwWd>



La DIETA FLEXITARIANA

Piacevole, gustosa, dona salute e longevità

Nel 2008, Dawn Jackson Blatner pubblica un libro dal titolo "The Flexitarian Diet", basandosi sul concetto di flessibilità. Il nome nasce dalla crasi tra "flessibile" e "vegetariana". Si tratta di un modello alimentare vegetariano con saltuari consumi di carne, uova, pesce e latticini, ma solo se di sicura provenienza. Il regime alimentare, in assoluto, è stato definito il migliore, appena dopo la vera dieta "mediterranea". Quindi, cereali solo integrali, legumi, verdura, frutta fresca e oleaginosa. Cinque giorni su sette stretta osservanza vegetariana; i rimanenti, prodotti animali: pesci non allevati, bovini al pascolo, prodotti avicoli allevati con standard rigorosi.

Il controllo metabolico avviene, per esempio, riducendo il picco glicemico del 40-70%, consumando un piatto di verdure crude prima del pasto, sia esso di carboidrati o proteine (carni o legumi). Il contenimento dell'insulina si traduce in longevità e salute. Il consumo di farro, grano e orzo integrali apporta gli arabino-xilani, che aumentano sino a 10 volte i bifidobatteri produttori di acetato, propionato e butirato (65-25-15%). Analogamente, le fibre (prebiotici) accrescono i lactobacilli. Il grano saraceno è fonte di Dichiro inositolo, utile per il controllo glicemico nei diabetici e non. La rutina presente è un flavonoide con potente azione antiossidante e antinfiammatoria. Analogamente, la quinoa, con l'acido quinoico, svolge attività antiossidante in chiave "anti aging". (La quinoa è stata definita dalla FAO alimento dell'anno nel 2013).

L'olio EVO, con cui aspergere (quasi rituale) le verdure, ci dona l'oleuropeina e il suo metabolita, l'idrossitiroso: inibizione dei radicali liberi e della perossidazione lipidica, e riduzione dell'iperglicemia diabetica. Un elevato consumo di cereali integrali è positivamente associato al "Successful Aging Index", l'indice di successo nell'invecchiamento.

La diffusione della demenza in Asia orientale è minore poiché il consumo di soia e derivati è da dieci a quaranta volte superiore. Alcune persone che assumono più isoflavoni contenuti nella soia (daizeina) convertono quest'ultima in equolo, grazie alla crescita di speciali batteri intestinali quali il "Lactobacillus sporogenes", che consente il miglioramento delle condizioni cognitive e della memoria. Un giapponese o coreano su due possiede questa conversione, ma solo un americano su sette fa lo stesso.

I vegetariani, forse perché assumono molte più fibre e meno grassi e colesterolo, hanno alti tassi di produzione di equolo. Il consumo dei legumi è il più importante predittore dietetico di sopravvivenza degli anziani delle diverse etnie. Venti grammi di legumi (due cucchiaini da tavola) riducono dell'8% il rischio di morte per ogni causa.



I legumi sono ricchi di proteine ma poveri di sodio e grassi saturi; non contengono colesterolo, ma fibre, potassio e folati. La riduzione della pressione, del colesterolo e dei markers infiammatori sono tra i maggiori benefici (riduzione della citochina infiammatoria IL-18, ma aumento della IL-10, antinfiammatoria).

Gli ortaggi, poi, sono la conclusione dei benefici salutistici. La lattuga, per esempio, facilita il sonno grazie a una sostanza ipnotica: la "lattucina", dal tratto leggermente amaro.

Le crucifere (cavolfiori, cavoletti di Bruxelles, cavolo verza, cappuccio, cavolo nero, broccoli) contengono sulforafano e indolo-3-carbinolo, molecole che rallentano e, a volte, arrestano la crescita delle cellule tumorali. Agiscono anche come anti-estrogeni (2-idrossiestrone, estrogeno buono, si ritrova nelle urine). Le crucifere degradano pesticidi e additivi, gli inquinanti ambientali xenobiotici (sostanze estranee all'organismo, come farmaci, alcol, prodotti chimici, ecc.). Sono antiobesigeni, inibiscono l'adipogenesi, proteggono le pareti endoteliali da effetti aggreganti e trombotici.

Le verdure a foglia verde sono anche una delle fonti più concentrate di carotenoidi e di vitamina K (fillochinone) di origine vegetale, altamente correlata con i livelli di luteina e zeaxantina. Per fare un esempio, mezza tazza di cavolo riccio cotto contiene cinquanta volte più luteina di un uovo sodo. Un'insalata di spinacini contiene più luteina di una frittata con cinquanta uova. Le due molecole citate forniscono la massima risoluzione retinica (visione nitida dei dettagli), oltre a un incremento delle capacità cognitive.

Esistono 8.000 tipi diversi di polifenoli presenti in alimenti vegetali; tra questi le antocianine, pigmenti rossi, blu e viola (*anthos* = fiore e *kyaneos* = blu-violetto), quelli presenti nei mirtilli e nelle fragole, attraversano la barriera emato-encefalica, localizzandosi nelle aree cerebrali dell'apprendimento e della memoria.

Ma la caseina del latte ostacola l'attività antiossidante dei mirtilli, per cui è meglio consumarne una ciotola come dessert.

La fisetina (fragole, mele, cipolle, uva, pesche, ecc.) riduce le placche aterosclerotiche e l'infiammazione dell'endotelio.

Il licopene è il carotenoide più diffuso nel corpo umano, presente nel fegato, mammella, prostata, testicoli e tessuto adiposo. Presente nei pomodori maturi, passate, succhi e salse, viene assorbito solo con i grassi; quindi via libera a spaghetti di grano saraceno, basilico, olio EVO, passata e spolverata di origano.

La dieta flexitariana non parla di conteggio calorico, ma solo di molecole che donano salute, piacere e longevità.

*Dott. Flavio Dusio - medico chirurgo
Spec. in scienza della alimentazione
e dietologia
Accademico della cucina italiana - Novara*

