



NEWSLETTER

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Novara

<https://www.medicisenzafrontiere.it/news-e-storie/news/terremoto-nepal/>



Link Utili:



Contatti segreteria: Tel: 0321/410130
Mail: ordinemediciodontoiatrinovara@gmail.com
Pec: segreteria.no@pec.omceo.it



Roberto Burioni, (Pesaro, 10 dicembre 1962) è un virologo, immunologo e divulgatore scientifico italiano.

È attivo come ricercatore nel campo dello sviluppo di anticorpi monoclonali umani contro agenti infettivi[1][2][3] e nella divulgazione scientifica riguardante i vaccini, con cui ha acquisito la maggiore notorietà con i suoi interventi sui social media



«La scienza non è democratica. La velocità della luce non si decide per alzata di mano, come ha detto Piero Angela, al quale tanto dobbiamo. Una palla di ferro gettata in mare andrebbe invariabilmente a fondo, anche se un referendum popolare stabilisse che il peso specifico del ferro è inferiore a quello dell'acqua».

(Roberto Burioni)



Estate senza pace in Iran e Ucraina: guerre continuano



N.9 Settembre 2026

Dott. Giampiero
Gramaglia

Trump non doma l'Iran e non frena Israele. Putin e Zelensky inaspriscono la violenza del conflitto e sono entrambi meno riluttanti a provocare vittime civili. Doveva essere un'estate di negoziati e – si sperava - di pace. E' stata un'estate in altalena fra il ritorno alla guerra guerreggiata tra Usa e Iran, all'inizio di luglio, per due settimane, e, quindi, un lungo limbo, in cui apparentemente non si tratta, anche se negoziati sotto traccia probabilmente proseguono, e neppure si combatte, ma dove si alza la retorica delle millanterie dall'una e dall'altra parte. Poi, improvvisamente, il 31 agosto c'è stata una fiammata di guerra, incomprensibile e – speriamo – destinata a restare sporadica.

Il presidente Usa Donald Trump è passato dal minacciare di annichilire l'Iran e di riportarlo all'età della pietra in una sola notte all'annuncio di un 'D-Day economico' - energetico, commerciale, finanziario -; e, sul suo sito Trust, ha piantato la bandierina americana sullo Stretto di Hormuz, “nuovo territorio degli Stati Uniti”. Ma, mentre Teheran risponde che lo Stretto “non si conquista con un post”, il magnate presidente e il suo segretario al Tesoro Scott Bessent stanno a leccarsi le ferite di un debito pubblico che ha sfondato i 40 mila miliardi di dollari, a causa dell'impennata delle spese militari, della politica dei dazi, dei tagli delle tasse.

Trump rincara: la guerra economica sarà devastante anche per chi aiuta Teheran e “le offre un'ancora di salvezza” contro le sanzioni statunitensi. Per Teheran, “sarà un'altra politica fallimentare” ed è una scelta dettata dal desiderio di spostare l'attenzione dei problemi interni. Analogamente, il New York Times decodifica così la minaccia di 'D-Day economico': “Significa che Trump non vuole tornare alla guerra guerreggiata”, negativa per l'andamento dei repubblicani alle elezioni di midterm del 3 novembre. Preferisce cantar vittoria e lasciare le cose come stanno.

La guerra si frantuma in episodi spesso difficili da connettere. Il Washington Post considera il fatto che Trump se la prenda sempre più spesso e più platealmente con gli alleati un indizio ulteriore che la vittoria sull'Iran si rivela sempre più difficile da conseguire: “Incapace di costringere Teheran ad arrendersi”, il presidente scarica la sua frustrazione su chi capita.

La Fox insiste sull'immagine dell'asse del male – espressione ricorrente nella retorica americana –, che sarebbe costituito da Iran, Cina e Russia, e racconta che le armi iraniane sono un letale legame fra i due maggiori conflitti globali in atto, cioè l'aggressione all'Iran e l'invasione dell'Ucraina – qui e là, i droni iraniani hanno un ruolo essenziale -.



Premessa

Cari amici e colleghi, per riprenderci dagli eccessi gastroenologici dell'estate vi propongo questa volta un tema un po' fuori dall'ordinario. Tutto nasce da una conversazione con un caro amico, giurista. Si parlava, come capita, dell'incoerenza dei nostri politici: quella distanza talvolta piuttosto elastica tra ciò che si proclama e ciò che si fa. A un certo punto mi fa notare che proprio quest'anno ricorrono i duecentocinquant'anni della Dichiarazione d'Indipendenza americana e che uno dei suoi principali artefici, Thomas Jefferson, offre in materia un precedente difficilmente superabile. La cosa naturalmente mi incuriosisce. Lui mi passa un suo articolo accademico sull'argomento; io comincio a leggere, poi a cercare, poi a divagare — ed ecco il risultato.

Tutti gli uomini sono uguali. Tranne quelli di casa

«Aliter... loqueris, aliter vivis». «Parli in un modo... e vivi in un altro» (Seneca, De vita beata, XVIII, 1).

Lo rimproveravano già a Seneca. L'incoerenza dei politici è un tema antico e perenne. Lo vediamo anche oggi, a destra come a sinistra.

Questa volta, un po' per distrarci dagli esempi nostrani, ricordiamo un caso particolarmente clamoroso: Thomas Jefferson, uno dei Founding Fathers degli Stati Uniti e principale estensore della Dichiarazione d'Indipendenza del 1776.

Il “caso Jefferson”, rimasto a lungo materia per storici, è tornato prepotentemente alla ribalta negli ultimi anni, anche grazie alla diffusione della cosiddetta cultura woke.

Jefferson non difettava di facondia, soprattutto quando si trattava di coniare frasi memorabili, quasi pensate per essere incise nel marmo. La più celebre si trova nella Dichiarazione d'Indipendenza: «All men are created equal». Tutti gli uomini sono creati uguali.

Poi c'era Monticello.

Jefferson aveva dato questo nome alla sua grande proprietà sulle colline della Virginia, presso Charlottesville, oggi patrimonio UNESCO. Era una villa, una piantagione, un laboratorio delle sue curiosità scientifiche e architettoniche. Ed era anche un'azienda agricola.

A lavorarci erano soprattutto schiavi. I suoi schiavi.

Jefferson, di questi uomini “creati uguali”, ne possedette nel corso della vita più di seicento.

Naturalmente gli storici avevano cominciato a interrogarsi sulla contraddizione ben prima della cultura woke. Ma la questione era rimasta soprattutto nelle biblioteche e nelle discussioni degli specialisti.

Poi arrivò Black Lives Matter e si aprì la stagione del woke. E gli americani cominciarono a guardare con qualche sospetto anche i loro eroi di bronzo e di marmo. Qualcuno finì addirittura per tirarli giù dal piedistallo: Colombo e compagnia, questa volta, non soltanto in senso metaforico.

Jefferson è diventato così uno dei casi esemplari del ripensamento sui Padri Fondatori: non più soltanto artefici delle istituzioni americane, ma uomini capaci di immaginare un mondo nuovo senza riuscire a guardare con la stessa libertà quello in cui vivevano.

Nel 2021 una sua statua fu rimossa dalla sala del New York City Council; altre controversie hanno riguardato il monumento nella Rotunda dell'University of Virginia.

Ma la storia si fa assai più interessante quando entra in scena Sally Hemings.

Sally è passata spesso alla storia semplicemente come «la schiava di Jefferson». Definizione esatta, ma insufficiente. Era probabilmente figlia di John Wayles, un proprietario bianco, ed era per circa tre quarti di ascendenza europea. Ma Wayles era anche il padre di Martha, la moglie di Jefferson.



Sally Hemings era dunque, con ogni probabilità, la sorellastra della signora Jefferson.

Due figlie dello stesso padre: Martha, bianca e libera; Sally, schiava.

Non era soltanto questione di pelle. Era questione di legge.

Nella Virginia del tempo valeva il principio partus sequitur ventrem: il figlio seguiva la condizione della madre. Se la madre era schiava, schiavo nasceva anche il figlio, qualunque fosse il padre.

Una regola piuttosto comoda in una società nella quale i proprietari bianchi potevano avere rapporti sessuali con donne di loro proprietà: il figlio non diventava libero come il padre, ma schiavo come la madre.

Ed eccoci nuovamente a Jefferson.

Oggi il consenso prevalente tra gli storici indica Jefferson come il padre dei sei figli documentati di Sally Hemings. La voce, peraltro, circolava già quando era presidente. Nel 1802 il giornalista James Callender scrisse brutalmente che Jefferson teneva come concubina una propria schiava: «Her name is SALLY».

Per quasi due secoli se ne discusse. Poi entrarono in scena Eston Hemings e due fratelli, Peter e Samuel Carr.

Eston era il più giovane dei figli di Sally. I fratelli Carr erano invece nipoti di Jefferson, figli di sua sorella Martha Jefferson Carr, omonima della moglie. Per lungo tempo la famiglia Jefferson indicò proprio loro come possibili padri dei figli di Sally. Una spiegazione piuttosto utile per allontanare il sospetto dal padrone di Monticello.

Nel 1998 uno studio genetico pubblicato su Nature cambiò le carte in tavola: il cromosoma Y di un discendente di Eston era compatibile con quello della linea maschile Jefferson, mentre la linea maschile dei Carr veniva esclusa.

Il DNA non poteva, da solo, indicare Thomas: altri maschi Jefferson possedevano lo stesso cromosoma Y. Ma gli indizi cominciavano ad accumularsi. Nei periodi compatibili con il concepimento dei figli di Sally, Jefferson risulta ogni volta presente a Monticello; quando era lontano, le gravidanze non si verificavano. Nel 1873 Madison Hemings aveva inoltre dichiarato pubblicamente di essere suo figlio.

Nel 2000 una commissione della Thomas Jefferson Foundation – l'istituzione che possiede e gestisce Monticello – riesaminò DNA, documenti, cronologia e testimonianze e concluse che Jefferson era con ogni probabilità il padre dei sei figli di Sally.

La Foundation, sia detto per evitare un equivoco frequente, non è l'associazione dei discendenti. Questi fanno capo alla Monticello Association, un'associazione familiare nata nel 1913 che cura, tra l'altro, il cimitero dei Jefferson.

E qui la storia si concede una piccola ironia postuma: nel 2002 l'associazione decise di non ammettere come membri a pieno titolo i discendenti di Sally Hemings. Dopo due secoli si continuava dunque a discutere su chi appartenesse davvero alla famiglia Jefferson.

Ma il particolare forse più sorprendente riguarda proprio i figli.

Se Jefferson era il padre, avevano sette ottavi di ascendenza europea e un ottavo africana. Eppure nacquero schiavi, perché schiava era la madre.

Dei quattro arrivati all'età adulta, Beverly e Harriet lasciarono Monticello e vissero come bianchi. Eston fece in seguito altrettanto e adottò persino il cognome Jefferson. Madison continuò invece a vivere nella comunità afroamericana.

Tre fratelli potevano dunque essere bianchi e il quarto nero.

Non era cambiata la biologia. Era cambiato il modo in cui la società li classificava.

Ma ridurre tutto alla vita privata di Jefferson sarebbe un peccato. La faccenda interessante comincia proprio qui.

Jefferson condannò pubblicamente la schiavitù, la considerò un grave problema morale, promosse il divieto di importare nuovi schiavi e immaginò progetti di emancipazione graduale.



Nel primo abbozzo della Dichiarazione d'Indipendenza arrivò ad accusare Giorgio III di aver alimentato la tratta degli africani e di aver impedito alle colonie di contrastarla: un modo, non privo di convenienza politica, per mettere la tratta e una parte della responsabilità dello schiavismo americano nel conto delle colpe britanniche. Il Congresso eliminò però l'intero passo dal testo definitivo, con grande dispiacere dello stesso Jefferson.

Ma accanto a queste convinzioni ne coltivava altre difficilmente conciliabili. Possedeva schiavi e, nelle Notes on the State of Virginia, arrivava a interrogarsi sulla possibile inferiorità dei neri. Immaginava inoltre che l'emancipazione dovesse essere accompagnata dalla separazione tra bianchi e neri e dalla colonizzazione altrove degli schiavi liberati. Temeva la mescolanza delle razze.

Ed ecco il paradosso quasi perfetto.

L'uomo che temeva la mescolanza razziale ebbe con ogni probabilità sei figli da una donna di ascendenza africana. L'uomo che proclamò che tutti gli uomini nascono uguali fu proprietario della madre dei propri figli e, alla loro nascita, dei figli stessi.

Verrebbe facile chiudere il processo con una parola: ipocrisia.

Forse troppo facile.

Jefferson probabilmente credeva davvero nella libertà. Ed è proprio questo che rende la contraddizione più difficile da liquidare.

Riuscì a concepire un principio così universale da attraversare i secoli, ma non abbastanza universale da raggiungere tutte le persone che vivevano a poche decine di metri dal suo studio.

Fra queste c'erano anche i suoi figli.

La grandezza di «all men are created equal» non viene cancellata dalla storia di Sally Hemings. Accade qualcosa di più curioso: la frase finisce per ribellarsi al proprio autore.

Immaginando, alla maniera delle Interviste impossibili realizzate dalla RAI negli anni Settanta, un'ultima domanda a Thomas Jefferson:

- Signor Jefferson, all men are created equal?
- Naturalmente.
- Anche quelli di Monticello?



SERATE GERIATRICHE

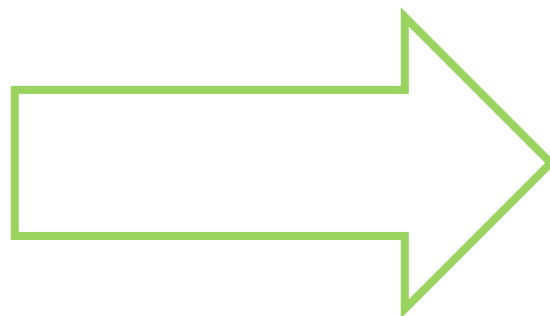
Neurodegenerazione , Neuroinfiammazione e Alimentazione

Negli ultimi decenni, l'allungamento della prospettiva di vita ha portato a un incremento significativo della prevalenza delle patologie legate all'invecchiamento, tra cui spiccano per impatto clinico e sociale le malattie neurodegenerative. In questo scenario, la ricerca scientifica ha evidenziato con crescente chiarezza come la progressione del declino cognitivo e motorio sia strettamente interconnessa a processi di neuroinfiammazione cronica di basso grado (inflammaging). Scopo di questo incontro è approfondire il ruolo cruciale che l'alimentazione e lo stato nutrizionale rivestono sia nella modulazione dei meccanismi biologici alla base della neurodegenerazione, sia nella gestione clinica quotidiana del paziente geriatrico.

Attraverso un approccio multidisciplinare che unisce la geriatria, la neurologia e la nutrizione clinica, la serata si propone di tracciare un percorso che va "dai meccanismi biologici alle implicazioni cliniche". Verranno analizzati i network biochimici che collegano l'apporto di specifici nutrienti alla risposta infiammatoria centrale, per poi focalizzare l'attenzione sugli interventi nutrizionali pratici e personalizzati. L'ottimizzazione della dieta e il supporto nutrizionale mirato rappresentano infatti non solo uno strumento di prevenzione, ma una vera e propria strategia terapeutica complementare in grado di migliorare la qualità della vita, preservare l'autonomia residua e influenzare positivamente l'outcome clinico dei pazienti affetti da patologie neurodegenerative.



L'Ordine propone...



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



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

In collaborazione con :



Ideazione e direzione scientifica:



Dott.
Aldo Biolcati



Dott.
Maurizio Dugnani

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



CREDIT E.C.M.

SERATE GERIATRICHE

Neurodegenerazione/Neuroinfiammazione e Alimentazione

Direzione scientifica: **Dott. Aldo Biolcati**

Giovedì 24 Settembre 2026

Sede:

Sala Convegni
Via Torelli 31/A - NOVARA

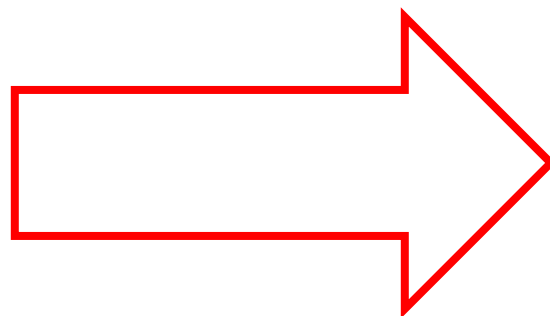
- | | |
|----------------------|---|
| 20.30 - 20.45 | Registrazione partecipanti |
| 20.45 - 21.15 | Introduzione
Dott. Maurizio Dugnani
Internista e Geriatra |
| 21.15 - 22.00 | Alimentazione,
Neuroinfiammazione
Neurodegenerazione:
dai meccanismi biologici
alle implicazioni cliniche
Prof.ssa Fabiola De Marchi
Prof. Ass. Neurologia
UPO Novara |
| 22.00 - 22.45 | Intervento nutrizionale nelle
malattie neurodegenerative
Dott. Alessandro Collo
Dietetica e nutrizione
AOU Maggiore della Carità
Di Novara |
| 22.45 - 23.15 | Discussione
Moderatore:
Dott. Federico D'Andrea
Primario Emerito
Dietetica e nutrizione
AOU Maggiore della Carità
Di Novara |
| 23.15 - 23.30 | Questionario ECM |

**Dilemmi etici, giuridici e sociali
nell'applicazione delle tecnologie di
intelligenza artificiale
in ambito medico-sanitario.
Prospettive a confronto**

L'integrazione dell'Intelligenza Artificiale (IA) in ambito medico-sanitario rappresenta una delle transizioni tecnologiche e culturali più dirompenti del nostro tempo. Se da un lato l'IA offre straordinarie opportunità per migliorare l'accuratezza diagnostica, ottimizzare i processi clinici e personalizzare i percorsi di cura, dall'altro introduce profondi dilemmi di natura etica, giuridica, sociale e organizzativa che richiedono un confronto multidisciplinare urgente e approfondito. Il presente evento formativo nasce con l'obiettivo di esplorare queste prospettive a confronto.



L'Ordine propone...



*L'Ordine dei Medici
In collaborazione con:
UPO*



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



**ISCRIZIONE GRATUITA
PER MEDICI E ODONTOIATRI
ENTRO IL 02.10.2026
Disponibili 65 posti**

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



CREDITI E.C.M.

N. 7,8

**Dilemmi etici, giuridici e sociali nell'applicazione delle tecnologie
di intelligenza artificiale in ambito medico-sanitario.
Prospettive a confronto**

Direzione scientifica : Prof. Giacomo Balduzzi

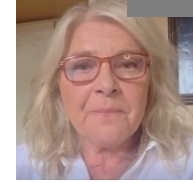
Sabato 3 Ottobre 2026

Sala Convegni - Via Torelli 31/A - NOVARA

08.30 - 09.00	Registrazione partecipanti
09.00 - 09.15	Introduzione e saluto autorità Federico D'Andrea , Presidente OMCeO di Novara
Sessione 1. L'organizzazione del lavoro in sanità: cosa cambia con l'IA?	
09.15 - 09.45	IA : ricerca e problematiche Luigi Portinale , Direttore del Centro Interdipartimentale sull'Intelligenza artificiale, Professore Ordinario in Informatica, Università del Piemonte Orientale
09.45 - 10.15	Algoritmi predittivi per la prevenzione e la cura: possibili prospettive nel rapporto medico-paziente Alessandro Stecco , Direttore del Centro Studi Interdipartimentale di ricerca e formazione in Telemedicina e Sanità Digitale, Professore Associato in Diagnostica per Immagini e Radioterapia, Università del Piemonte Orientale
10.15 - 10.45	IA e cambiamento organizzativo in sanità: dati, persone, relazioni Giacomo Balduzzi , Ricercatore in Sociologia generale, Università del Piemonte Orientale
10.45 - 11.15	Diagnosi aumentata o pensiero ristretto? L'IA e il nuovo rischio cognitivo del medico Daniele Angioni , Medico di Medicina Generale, delegato AI per AME (Associazione medici endocrinologi) e per SPMG (Scuola Piemontese di MG)
11.15 - 11.25	Discussione Moderatore: Giacomo Balduzzi
11.25 - 11.40	Coffee Break
Sessione 2. Curare con gli algoritmi: casi, modelli, esperienze	
11.40 - 12.10	Rappresentazioni della conoscenza e informatica medica: un approccio integrato in un team multidisciplinare Paolo Trenziani , Professore Ordinario in Informatica Medica, Università del Piemonte Orientale
12.10 - 12.40	IA generativa (ma non solo) per ottimizzare i processi medici reali: due esperienze ospedaliere Stefania Montani , Professoressa Ordinaria in Informatica Medica, Università del Piemonte Orientale
12.40 - 13.10	Analisi di conformità tra linee guida e pratiche sul campo Manuel Striani , Ricercatore in Informatica Medica, Università del Piemonte Orientale
13.10 - 13.20	Discussione Moderatore : Manuel Striani
Sessione 3. Nuove forme di assistenza e relazioni tra medici, pazienti e ricercatori	
13.20 - 13.50	Le responsabilità professionali al tempo dell'IA Davide Servetti , Professore Associato in Diritto Costituzionale, Università del Piemonte Orientale
13.50 - 14.20	Opportunità e rischi dell'intelligenza artificiale nella produzione e nell'utilizzo di conoscenze medico-scientifiche Francesco Barone Adesi , Professore Associato in Igiene generale e applicata, Università del Piemonte Orientale
14.20 - 14.50	Intelligenza artificiale e teleodontoiatria: evoluzione dell'assistenza nell'era digitale Sebastian Giamboi , Odontoiatra in servizio presso la Struttura Complessa a Direzione Universitaria Odontostomatologia, ASL di Vercelli
14.50 - 15.20	Curare nel caos: IA e decision making nelle maxi-emergenze Marta Caviglia , Ricercatrice in Anestesiologia, Università del Piemonte Orientale
15.20 - 15.30	Discussione Moderatore: Davide Servetti
Termine evento	Questionario ECM

Seguirà Light Lunch

dottore, **ma è vero che...?**



Roberta Villa
Giornalista
pubblicista
laureata in
medicina

Fino a poco tempo fa la difterite era una malattia quasi dimenticata. Nel secolo scorso, infatti, grazie alla vaccinazione di massa dei bambini nei primi mesi di vita, il numero di casi registrati in Italia e in altri Paesi ad alto reddito era crollato a pochissime unità l'anno, dovute per lo più a infezioni contratte all'estero, in aree con servizi sanitari inadeguati, dove le coperture vaccinali sono insufficienti.

Ultimamente, però, si assiste a una ripresa anche in Paesi avanzati. E nell'agosto 2026 anche l'Italia ha dovuto segnalare il primo decesso per difterite dal 1991, in una bambina palermitana di 4 anni.

Dottore, ma da che cosa è provocata la difterite?

L'agente responsabile della difterite è principalmente un batterio, *Corynebacterium diphtheriae*, che può insediarsi sulla pelle o nelle prime vie aeree, anche senza causare la malattia. Esistono quindi portatori sani, che, inconsapevolmente, trasmettono il batterio ad altri, per lo più tramite goccioline di saliva emesse parlando o tossendo.

Il germe, di per sé, è innocuo, finché non è a sua volta infettato da un virus: questo gli fornisce le istruzioni genetiche necessarie a produrre la tossina responsabile della malattia. Quando un ceppo produttore di tossina infetta un individuo suscettibile, dopo due o tre giorni compaiono i sintomi, inizialmente simili a quelli di una forte tonsillite, con febbre, mal di gola, linfonodi ingrossati.

Nei casi più gravi, la tossina provoca un danno cellulare che può portare alla formazione di caratteristiche pseudomembrane grigiastre, costituite da residui di batteri, cellule e altre sostanze. A livello della gola, queste pseudomembrane possono fare da barriera o, staccandosi, provocare sanguinamenti, così da ostacolare la deglutizione e la respirazione, fino alla morte per soffocamento.

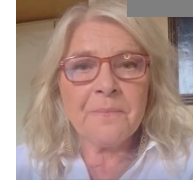
La tossina, inoltre, può anche diffondersi al resto dell'organismo attraverso il circolo sanguigno, colpendo altri organi vitali, soprattutto il cuore e le strutture nervose, con il rischio di complicazioni come miocarditi, aritmie, scompenso cardiaco, paralisi del palato molle, neuropatie periferiche e disturbi agli occhi, anche dopo un'eventuale guarigione dalla fase acuta.

Dottore, ma non ci sono cure per la difterite?

La mortalità da difterite cominciò a declinare in Italia e in tutti i Paesi più ricchi già prima che arrivassero i vaccini. Il miglioramento delle cure era dovuto all'introduzione del siero antidifterico di cavallo, contenente l'antidoto alla tossina difterica, e alla scoperta degli antibiotici, che combattevano il batterio in grado di produrla.

Tuttavia, trattare una malattia grave non è come evitarla: il siero deve essere somministrato nelle prime fasi dell'infezione, prima che si produca la tossina, e può provocare reazioni avverse molto pericolose; gli antibiotici sono utili per fermare la circolazione del batterio, ma nulla possono contro l'azione della tossina stessa, una volta che questa è stata liberata nell'organismo.

dottore, **ma è vero che...?**



Roberta Villa
Giornalista
pubblicista
laureata in
medicina

Anche chi, grazie a queste cure o alla tracheotomia che impediva il soffocamento, sopravviveva al calvario della malattia, doveva poi affrontare un lungo periodo di recupero. Il vaccino, invece, induce anticorpi che neutralizzano la tossina difterica fin dalla sua prima comparsa nell'organismo, evitando che produca seri danni ai tessuti. Se anche l'infezione si manifesta come un mal di gola, nei bambini vaccinati guarisce in una settimana senza complicazioni.

Dottore, ma in quali parti del mondo c'è ancora la difterite?

Nonostante la disponibilità di un vaccino efficace, nessuna delle sei macroregioni in cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha suddiviso il globo è completamente libera da casi di difterite. Nel 2025, solo l'85% dei bambini del mondo aveva completato la serie primaria di tre dosi necessaria per la protezione di base, e ancora inferiore era la quota di ragazzi e adulti in pari con i richiami, da eseguire in età scolare e poi da adulti ogni dieci anni.

Negli ultimi anni, anche nei Paesi ad alto reddito si sono intensificate le segnalazioni. In Europa, dal gennaio 2023 all'inizio del 2025, si sono registrati 234 casi di difterite, mentre tra il 2009 e il 2020 se ne contava ogni anno solo una ventina circa. Il fenomeno sembra concentrarsi nelle popolazioni più vulnerabili dal punto di vista socioeconomico, per cui già nel luglio 2025 il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) raccomandava alle autorità sanitarie di concentrare i loro sforzi per proteggere questi gruppi a maggior rischio: persone senza fissa dimora, migranti o soggetti che fanno uso di sostanze [6].

Il Paese con il maggior numero di casi nel 2024 è stata la Germania: tra i 55 segnalati quell'anno ci fu anche un bambino in età scolare, non vaccinato, poi deceduto a gennaio 2025, dopo tre mesi di ricovero in terapia intensiva.

Le cose vanno anche peggio in Australia, dove si sta verificando un'epidemia di difterite senza precedenti negli ultimi decenni: dal primo gennaio al 10 agosto 2026 sono già stati diagnosticati 513 casi, con un decesso. In questo caso, l'infezione, più che i bambini non vaccinati, ha colpito giovani adulti delle popolazioni aborigene e melanesiane, svantaggiati dal punto di vista socioeconomico e sanitario, malnutriti, con comorbidità, che vivono in condizioni di sovraffollamento e non erano stati sottoposti ai richiami raccomandati.

Dottore, ma che cosa si può fare?

Oltre a cercare di raggiungere chi non è mai stato vaccinato e intraprendere attività di promozione della salute che coinvolgano le fasce della popolazione a maggior rischio, il Rapporto dell'ECDC raccomanda di sensibilizzare i medici, perché tornino a pensare alla malattia e a riconoscerla quando se la trovano davanti, e le autorità sanitarie, perché da un lato attuino un'attenta sorveglianza epidemiologica e dall'altro si accertino di avere a disposizione dosi di emergenza di antitossina difterica.

Alla base, però, resta fondamentale il dialogo tra famiglie, pediatri e operatori della sanità pubblica [8]. Solo questo può costruire un rapporto di fiducia, unico strumento efficace per contrastare la disinformazione contro i vaccini che mette in pericolo i nostri bambini.

AIFA: Nota Informativa Importante di Sicurezza (NIIS) su Litfulo (ritlecitinib)

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) rende disponibile una Nota Informativa Importante di Sicurezza relativa a Litfulo (ritlecitinib) per informare gli operatori sanitari sull'aggiornamento delle raccomandazioni d'uso del medicinale.

A seguito della revisione dei più recenti dati di sicurezza, le raccomandazioni d'uso di Litfulo sono state aggiornate, allineandole a quelle già previste per gli altri medicinali inibitori delle Janus chinasi (JAK), al fine di minimizzare il rischio di eventi avversi cardiovascolari maggiori (MACE), tumori maligni, infezioni gravi e tromboembolismo venoso (TEV).

Pertanto, il medicinale deve essere utilizzato solo in assenza di alternative terapeutiche adeguate nei pazienti di età pari o superiore a 65 anni, nei pazienti con anamnesi di malattia cardiovascolare aterosclerotica o altri fattori di rischio cardiovascolare (compreso il fumo attuale o pregresso di lunga durata) e nei pazienti con fattori di rischio per tumori maligni.

Si raccomanda inoltre di utilizzare Litfulo con cautela nei pazienti con fattori di rischio per tromboembolismo venoso e di sottoporre tutti i pazienti a controlli dermatologici periodici per il monitoraggio di eventuali tumori cutanei. <https://www.aifa.gov.it/-/nota-informativa-importante-di-sicurezza-niis-su-litfulo-ritlecitinib->

News
In pillole



Uno studio pubblicato sull'European Journal of Cancer Prevention analizza le esperienze delle ricercatrici italiane più autorevoli in ambito biomedico. Nonostante carriere di eccellenza, il 91% segnala difficoltà nel conciliare lavoro e vita privata

Ricerca medica, anche ai vertici della carriera le donne fanno i conti con le disuguaglianze

Raggiungere i vertici della ricerca scientifica non basta a superare le disuguaglianze di genere. Anche tra le scienziate italiane con il maggiore impatto scientifico internazionale persistono difficoltà nell'accesso ai ruoli di leadership, nella progressione di carriera e nella conciliazione tra vita professionale e responsabilità familiari. È quanto emerge da uno studio pubblicato sull'European Journal of Cancer Prevention, promosso da Fondazione Onda ETS e realizzato dal Club Top Italian Women Scientists (TIWS), che fotografa le esperienze di un gruppo di ricercatrici di altissimo profilo scientifico.

<https://www.sanitainformazione.it/ricerca-medica-anche-ai-vertici-della-carriera-le-donne-fanno-i-conti-con-le-disuguaglianze/>

Ricerca medica, anche ai vertici della carriera le donne fanno i conti con le disuguaglianze

Terremoto in Colombia, Anelli: "La comunità medica italiana è accanto al popolo colombiano e ai colleghi impegnati nei soccorsi"

"Le immagini che arrivano dalla Colombia ci colpiscono profondamente. Il crollo di parte dell'ospedale universitario di Cali e la notizia che potrebbero esserci anche dei bambini sotto le macerie rappresentano una tragedia che addolora l'intera comunità medica internazionale. A nome di tutti i medici e degli odontoiatri italiani esprimo la più sincera vicinanza alle famiglie delle vittime, ai feriti e a tutto il popolo colombiano». Con queste parole Filippo Anelli, Presidente della FNOMCeO, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, esprime la solidarietà della Federazione alle popolazioni colpite dal violento terremoto che ha interessato la Colombia.

"Il nostro pensiero - aggiunge - va in particolare ai colleghi che, spesso in condizioni estremamente difficili e mettendo a rischio la propria incolumità, sono impegnati senza sosta nelle operazioni di soccorso e nell'assistenza ai feriti. Le notizie che giungono dall'ospedale universitario di Cali, con il possibile coinvolgimento di bambini tra le persone rimaste sotto le macerie, ci addolorano profondamente e richiamano ancora una volta il valore insostituibile delle strutture sanitarie, che devono essere luoghi sicuri anche nelle situazioni più estreme".

"La FNOMCeO - conclude - si stringe idealmente ai professionisti sanitari e a tutto il popolo colombiano e rinnova la propria vicinanza alle istituzioni e a tutti coloro che stanno operando per salvare vite umane. In momenti come questi, la solidarietà tra le comunità mediche e tra i popoli rappresenta un dovere morale e un segno concreto di speranza".

<https://portale.fnomceo.it/terremoto-in-colombia-anelli-la-comunita-medica-italiana-e-accanto-al-popolo-colombiano-e-ai-colleghi-impegnati-nei-soccorsi/>

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

Sono disponibili sul nostro canale Youtube:

Ordine Medici Novara

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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



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

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

Contratti di collaborazione odontoiatrica: i rischi nascosti nelle clausole che limitano autonomia e continuità delle cure



N.9 Settembre 2026

Dai patti di manleva alle penali sui pazienti: quando il contratto entra in conflitto con la deontologia. Le considerazioni della CAO di Torino

L'autonomia, l'indipendenza e la responsabilità del medico rappresentano principi irrinunciabili della professione sanitaria. Eppure, nella realtà lavorativa di molti odontoiatri collaboratori, questi valori rischiano di scontrarsi con clausole contrattuali che appaiono sempre più diffuse nei rapporti con società che gestiscono studi e catene odontoiatriche. È l'allarme lanciato dalla presidente della Commissione Albo Odontoiatri di Torino, Marta Mello, dopo aver analizzato numerosi contratti di collaborazione sottoscritti negli ultimi anni da professionisti che operano come liberi professionisti all'interno di strutture odontoiatriche.

"In molti casi emergono previsioni che appaiono difficilmente conciliabili con i principi di autonomia professionale e con il rapporto fiduciario tra medico e paziente", osserva la presidente Mello. "Si tratta di clausole che non riguardano soltanto il rapporto tra collaboratore e struttura, ma che rischiano di incidere direttamente sui doveri deontologici dell'odontoiatra e sui diritti dei pazienti".

Un contratto non può derogare alla legge

Il contratto di collaborazione rappresenta lo strumento attraverso cui il titolare di studio o una società odontoiatrica disciplina il rapporto con un professionista titolare di partita IVA. Non si tratta di lavoro subordinato, bensì di una collaborazione autonoma riconducibile al contratto d'opera intellettuale disciplinato dal Codice civile.

Proprio per questo, ricorda la presidente CAO Torino, la libertà contrattuale incontra precisi limiti normativi. "Non è lecito inserire qualunque clausola nei contratti", sottolinea la presidente Mello. "L'articolo 1322 del Codice civile afferma che le parti possono liberamente determinare il contenuto del contratto solo nei limiti imposti dalla legge. Non a caso, molte delle clausole presenti in questi accordi, quando arrivano all'attenzione dei giudici, vengono dichiarate nulle".

Il nodo dei patti di manleva

Tra le clausole più controverse figurano i cosiddetti patti di manleva, attraverso i quali le strutture tentano di trasferire sul collaboratore il peso economico dell'intero rischio legale derivante dall'attività clinica. Secondo l'orientamento consolidato della giurisprudenza, tali clausole risultano incompatibili con il sistema delineato dalla legge Gelli-Bianco, che attribuisce alla struttura una responsabilità contrattuale per l'operato dei professionisti di cui si avvale, salvo il caso di colpa grave del sanitario.

"La giurisprudenza continua a ritenere nulle queste clausole perché contrastano con norme imperative", evidenzia la presidente CAO Torino, richiamando anche la recente ordinanza della Cassazione civile n. 9949 del 17 aprile 2026.

Prestazioni imposte: autonomia clinica e deontologia a rischio

Ancora più delicato, sotto il profilo deontologico, è il contenuto di alcune clausole che impegnano il professionista a prendere in carico i pazienti indicati dalla struttura o a eseguire trattamenti e piani terapeutici già concordati. Secondo la presidente Mello, si tratta di previsioni che possono comprimere l'autonomia professionale dell'odontoiatra, soprattutto quando il professionista è chiamato a eseguire prestazioni elaborate o concordate da altri collaboratori della stessa struttura.

"Queste clausole limitano palesemente la libertà di valutazione clinica e la possibilità di rifiutare una prestazione", afferma la presidente CAO Torino. "Interferiscono inoltre gravemente con il rapporto fiduciario tra medico e paziente, che rischia di passare in secondo piano rispetto alle direttive del centro". Per la Presidente, l'odontoiatra deve infatti mantenere piena libertà di giudizio clinico e deve poter indicare al paziente anche colleghi particolarmente esperti in determinate discipline, indipendentemente dal fatto che lavorino o meno nella struttura.

Contratti di collaborazione odontoiatrica: i rischi nascosti nelle clausole che limitano autonomia e continuità delle cure



N.9 Settembre 2026

Dai patti di manleva alle penali sui pazienti: quando il contratto entra in conflitto con la deontologia. Le considerazioni della CAO di Torino

Il divieto di utilizzare competenze e protocolli scelti in autonomia

Particolarmente problematica appare anche la presenza di clausole che vietano al collaboratore di utilizzare presso altre strutture informazioni, protocolli operativi o best practice apprese durante il rapporto professionale.

“Una previsione di questo tipo si pone in netto contrasto con il dovere deontologico del medico di offrire sempre al paziente le migliori cure possibili”, osserva la presidente Mello. “Le conoscenze, le competenze e l'esperienza maturate nel corso dell'attività professionale devono poter essere messe a frutto nell'interesse del paziente, indipendentemente dal contesto in cui siano state acquisite”.

Continuità delle cure e libertà di scelta del paziente quando termina il rapporto con la struttura

Uno degli aspetti più sensibili riguarda la continuità delle cure quando termina la collaborazione tra odontoiatra e struttura. Secondo la presidente CAO Torino, un contratto corretto deve prevedere modalità adeguate di passaggio delle consegne, senza compromettere il diritto del paziente a scegliere liberamente il proprio curante.

“La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta”, ricorda Mello richiamando l'articolo 20 del Codice di Deontologia Medica. “Il paziente deve essere libero di decidere se continuare a farsi seguire dal proprio medico”. Da qui le forti perplessità sulle clausole che prevedono penali di decine di migliaia di euro qualora l'odontoiatra visiti, in un'altra struttura o nel proprio studio, pazienti già assistiti presso la committente. “Si tratta di previsioni che finiscono per limitare di fatto la libertà di scelta dei cittadini”, osserva la presidente. “I pazienti non hanno partecipato all'accordo contrattuale tra professionista e struttura e non possono subirne le conseguenze”.

Il ruolo dei direttori sanitari

La questione assume un rilievo ancora maggiore per i direttori sanitari. L'articolo 69 del Codice di Deontologia Medica attribuisce infatti a queste figure il compito di garantire il rispetto delle norme deontologiche e di tutelare l'autonomia e la pari dignità dei professionisti operanti nella struttura. “Il direttore sanitario è chiamato a tutelare l'autonomia della professione all'interno della struttura di cui è responsabile”, sottolinea. “Si tratta di un presupposto indispensabile per garantire una relazione di cura autentica e la piena tutela del paziente”.

Un richiamo ai giovani colleghi

Dall'analisi complessiva dei contratti emerge, secondo la presidente CAO Torino, un elemento ricorrente: il rischio che al collaboratore venga richiesto di limitarsi alla mera esecuzione tecnica della prestazione alla poltrona, demandando ad altri la comunicazione con il paziente e la condivisione del percorso terapeutico.

Per questo la presidente Mello invita gli odontoiatri, soprattutto i più giovani, a prestare la massima attenzione nella fase di sottoscrizione dei contratti. “È necessario che i colleghi sappiano rifiutare condizioni incompatibili con l'indipendenza dell'esercizio professionale”, sottolinea. “Accettare clausole che limitano l'autonomia del medico significa mettere a rischio non solo la dignità della professione, ma anche la qualità della relazione di cura e, soprattutto, la tutela del paziente. La deontologia non rappresenta un limite alla libertà contrattuale, ma il quadro di principi entro il quale ogni rapporto professionale deve necessariamente collocarsi”.