



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA VALLE D'AOSTA
ORDRE DES MEDECINS CHIRURGIENS ET DES ODONTOLOGISTES DE LA VALLEE D'AOSTE

Ente di Diritto Pubblico D.L.C.P.S. 13/09/1946 n. 233
Corso Lancieri d'Aosta 5 - 11100 AOSTA Tel. 0165/32953 - Fax 0165/31134
e-mail: segreteria@omceo.vda
web: www.omceo.vda.it



“Corso Appropriata prescrivibile degli antibiotici e resistenze batteriche”

24 ottobre 2026

Sede Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Valle d'Aosta

Corso Lancieri di Aosta, 5 11100 (AO)

Professione accreditante – Odontoiatri

Partecipanti – 30

PROGRAMMA

08.30 Registrazione dei partecipanti

dott. Massimo Ferrero (*Presidente Commissione Albo Odontoiatri della Valle d'Aosta*)

08.45 Apertura dei lavori

Prof. Roberto Mattina (*Direttore della Scuola di specializzazione in Microbiologia e Virologia dell'Università di Milano*)

09.00 Meccanismo di azione degli antibiotici

09.30 Caratteristiche microbiologiche degli antibiotici

10.30 Terapia antibiotica mirata ed empirico/ragionata

11.15 Pausa caffè

11.30 Microbiologia del cavo orale

12.00 Infezioni del cavo orale di pertinenza odontoiatrica

12.30 Progetto oca (osservatorio campano delle resistenze agli antibiotici)

13.30 Light lunch

14.30 Resistenza batterica agli antibiotici

15.15 Meccanismi di resistenza batterica

15.40 Cause e strategie contro le resistenze

16.00 Analogie tra pandemia da covid e resistenze batteriche

17.00 Discussione

17.30 Compilazione questionario ECM

Docente unico e Responsabile Scientifico

Prof. Roberto Mattina

Direttore della Scuola di specializzazione in Microbiologia e Virologia dell'Università di Milano

Moderatore

Dott. Massimo Ferrero

Presidente Commissione Albo Odontoiatri della Valle d'Aosta

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE -ISTRUZIONE E FORMAZIONE
MATTINA ROBERTO	MEDICO/BIOLOGO	MICROBIOLOGIA	IN PENSIONE	PROFESSORE ORDINARIO MICROBIOLOGIA UNIVERITA' DI MILANO

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accredитamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

IN CALCE AL CURRICULUM VITAE

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI

(Formatori)

Il / La sottoscritto/a ROBERTO MATTINA, consapevole che il "conflitto d'interessi E.C.M." è ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l'interesse primario consistente nell'obiettività, imparzialità e indipendenza della formazione professionale nel settore della salute connessa al Programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), in qualità di:

- ☒ Docente
☐ Moderatore
☐ Relatore
☐ Tutor

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento.

Data di sottoscrizione:

23/04/2026

Firma:

Roberto Mattina

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE -ISTRUZIONE E FORMAZIONE
FERRERO MASSIMO	ODONTOLATRA	ODONTOLATRA	ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOLATRI DELLA VALLE D'AOSTA	PRESIDENTE CAO OMCEO VALLE D'AOSTA

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accredittamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

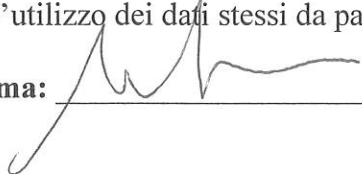
ESPRESSO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in merito al trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali",

AUTORIZZA

il trattamento e la pubblicazione dei dati personali contenuti nel proprio curriculum vitae al fine dell'utilizzo dei dati stessi da parte di AgeNaS.

Firma: _____



AUTODICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI ECM

Il / La sottoscritto/a, in qualità di:

☐ Docente

☒ Moderatore

☐ Relatore

☐ Tutor / formatore

☐ Responsabile Scientifico (Si rammenta che ai sensi del Par. 4.4 del Manuale di Accreditemento Eventi ECM il Responsabile scientifico dell'evento *non può avere interessi commerciali in ambito sanitario nei due anni precedenti la progettazione dell'evento*)

ai sensi dell'art. 76, comma 4 sul Conflitto di Interessi ECM dell'Accordo Stato-Regione del 02 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5 del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

DICHIARA

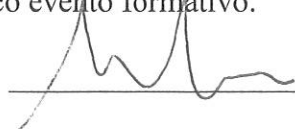
☒ di non avere avuto, negli ultimi due anni, rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario

OPPURE

☐ di avere avuto, negli ultimi due anni, i seguenti rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

Dichiara inoltre che gli eventuali rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario non influenzeranno comunque l'attività formativa che svolge in occasione di questo specifico evento formativo.

Firma: _____



Data e luogo di sottoscrizione: AOSTA, 20/7/2026