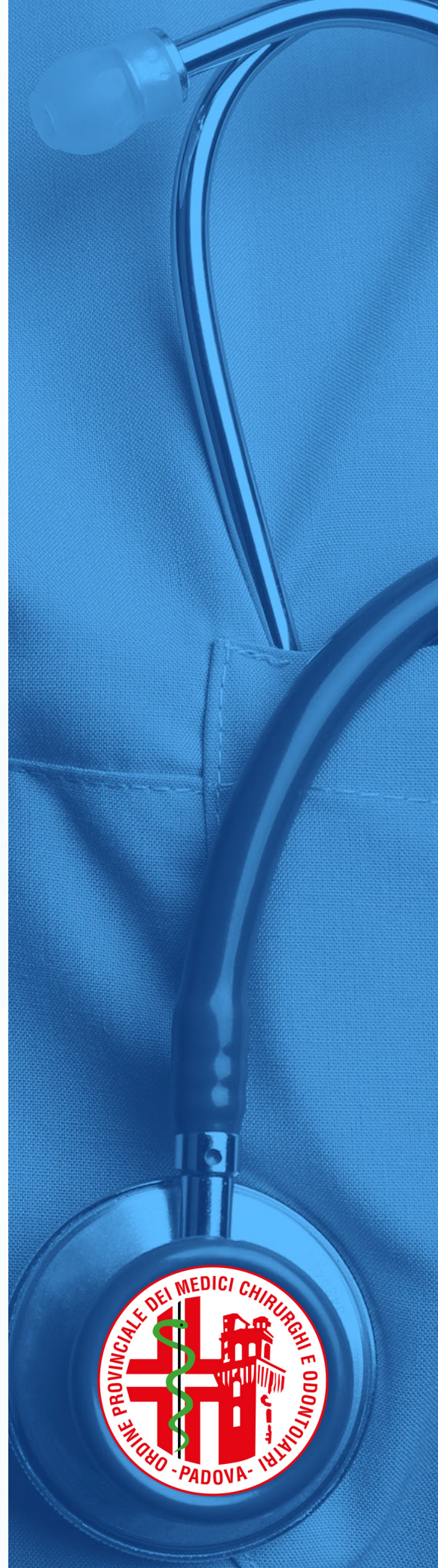


Bollettino

dell'Ordine dei
Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri
di Padova

2026

n. 2





Consiglio direttivo

Presidente: Dott. Filippo CRIMÌ

Vice Presidente: Dott.ssa Maria Chiara CORTI

Segretario: Dott. Paolo SIMONATO

Tesoriere: Dott. Cosimo GUERRA

Consiglieri

Dott.ssa Valentina ACCURSO

Dott.ssa Irene BUSCAIN

Dott. Fabrizio CARDIN

Dott.ssa Roberta CORRÒ

Dott. Marco DE BERARDINIS (Odontoiatra)

Dott.ssa Francesca GALUPPINI

Dott.ssa Irene GATTAZZO

Dott.ssa Maria Rita MARCHI

Prof. Salvatore PUCCIARELLI

Dott. Claudio RAGO

Dott. Francesco SCARPARO (Odontoiatra)

Dott. Giovanni SUSSAN

Dott. Enrico TREVISI

Commissione Albo Medici-Chirurghi

Presidente: Dott. Filippo CRIMÌ

Vice-Presidente: Dott.ssa Maria Chiara CORTI

Segretario: Dott. Paolo SIMONATO

Dott.ssa Valentina ACCURSO

Dott.ssa Irene BUSCAIN

Dott. Fabrizio CARDIN

Dott.ssa Roberta CORRÒ

Dott.ssa Francesca GALUPPINI

Dott.ssa Irene GATTAZZO

Dott. Cosimo GUERRA

Dott.ssa Maria Rita MARCHI

Prof. Salvatore PUCCIARELLI

Dott. Claudio RAGO

Dott. Giovanni SUSSAN

Dott. Enrico TREVISI

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. Marco DE BERARDINIS

Vice Presidente: Dott. Mauro GRIGOLETTO

Segretario: Dott. Andrea TOSATO

Dott. Francesco SCARPARO

Dott.ssa Chiara SCIBETTA

Collegio dei Revisori dei conti

Presidente: Dott.ssa Roberta RANALLI

Dott. Francesco Maria FABRO

Dott. Paolo FORZAN

Supplente: Dott. Nicola MASCHIO

Commissione comunicazione istituzionale

Coordinatore: Dott.ssa Ilenia MEZZOCOLLI

Delegato del Consiglio:

Dott.ssa Valentina ACCURSO

Componenti:

Dott. Gianni CALABRESE

Dott. Davide FAVERO

Dott. Diego MICOCHERO

Dott. Alessandro QUAGLIO

Dott.ssa Paola RANDISI

Dott. Gianluigi SCANNAPIECO

Struttura Amministrativa dell'Ordine

Direttore: Dott.ssa Roberta TRATTENERO

Personale Amministrativo:

Dott. Damiano MINANTE - Supporto editoriale

Dott.ssa Federica CELEBRIN

Dott.ssa Barbara GORLATO

Sig.ra Giovanna GAZZIERO

Sig.ra Giulia CANEVELLI

Direttore Responsabile: Dott. Filippo CRIMÌ

Aut. Trib. PD n. 150 del 19/04/1961

sito web: www.omco.pd.it

e-mail: info@omco.pd.it

Tel: 049 8718855

Stampa: Cooperativa Libreria Editrice dell'Università di Padova

Sommario

Editoriale

<i>Dott. Filippo Crimi</i>	3
----------------------------------	---

Pagina degli odontoiatri

Avvio alla professione: formare oggi i professionisti di domani

<i>Dott. Marco De Berardinis</i>	5
--	---

Riflessioni sulla sostenibilità di un sistema sanitario regionale

<i>Prof. Gino Gerosa</i>	7
--------------------------------	---

Sezione 1: Commissioni

One Health: quattro sguardi, un'unica salute.
Dall'alimentazione al clima, il percorso della Commissione tra conoscenza, prevenzione e responsabilità condivisa

<i>Dott.ssa Carmela di Natale</i>	10
---	----

8 marzo 2026. Il valore delle donne nella professione medica: una risorsa per la comunità professionale

<i>Commissione Comunicazione Istituzionale</i>	19
--	----

Dal welfare professionale al welfare territoriale.
Il modello dell'Ordine dei Medici di Padova premiato da Veneto Welfare

<i>Dott.ssa Ilenia Mezzocolli, Dott. Filippo Crimi</i>	21
--	----

Sezione 2: Storia della Medicina - Università di Padova

La rivoluzione dell'insegnamento presso la Facoltà di medicina patavina tra il XVI e il XVIII secolo

<i>Dott. Diego Micochero</i>	25
------------------------------------	----

Sezione 3: Notizie, novità, scoperte, innovazioni e articoli scientifici

Focus sulla campagna di cura e screening per l'eliminazione dell'epatite da virus C in Italia

<i>Prof.ssa Liliana Chemello</i>	28
--	----

Piattaforme digitali per la promozione della salute nella popolazione anziana. Il portale IN-FORMA dell'Università di Padova

<i>Prof.ssa Alessandra Buja</i>	31
---------------------------------------	----





Il Pronto Soccorso delle Olimpiadi/Paralimpiadi a Cortina 2026. Quando un insieme di professionisti diventa una squadra <i>Dott. Vito Cianci</i>	35
---	----

L'Esperienza di ORAS a Venezia. Riabilitazione, Resilienza e Inclusione Oltre le Mura <i>Dott.ssa Orianna Romanello, Prof. Stefano Masiero</i>	39
--	----

Obesità e dintorni <i>Dott. Mirto Foletto</i>	42
--	----

La voce perduta della Divina. Quando la disfonia è la spia di una malattia sistemica. Il caso di Maria Callas e l'ipotesi della dermatomiosite <i>Prof. Rosario Marchese-Ragona</i>	44
--	----

Sezione 4: Laboratorio qualità e sicurezza

Il peso invisibile della qualità <i>Dott.ssa Ilenia Mezzocolli</i>	48
---	----

Analisi in real practice delle possibili interazioni degli antibiotici nei pazienti trattati con Immune Checkpoint Inhibitors (ICIs) <i>Dott.ssa Marina Coppola</i>	50
--	----

Sezione 5: Focus

Il nuovo Nomenclatore-Tariffario delle prestazioni odontoiatriche - CAO Padova <i>Dott. Marco De Berardinis</i>	56
---	----

Sezione 6: ECM

ECM 2026-2028: alcune importanti novità <i>Dott. Davide Favero</i>	58
---	----

Sezione 7: Rubrica Riflessioni

Il dubbio nella vita <i>Prof. Giovanni Brigato</i>	59
---	----

Editoriale

Gentili Colleghe e Colleghi,
il 2026 sta proseguendo con un'intensa attività formativa e progettuale promossa dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Padova.

Nei primi mesi dell'anno sono già stati organizzati 14 eventi ECM riservati agli iscritti, tra corsi residenziali e webinar. A questi si sono affiancati numerosi incontri non ECM, aperti anche alla cittadinanza, dedicati a temi di interesse medico, odontoiatrico e culturale. Molte di queste iniziative hanno inoltre dato origine a documenti di approfondimento che saranno prossimamente pubblicati sul sito istituzionale dell'Ordine.

Desidero rivolgere un sincero ringraziamento ai numerosi Colleghi che, con competenza, entusiasmo e spirito di servizio, partecipano ai lavori delle Commissioni. Grazie al loro impegno è stato possibile costruire un programma formativo ricco e qualificato, capace di affrontare temi di grande attualità e di rispondere alle esigenze della professione.

Accanto agli eventi dedicati alle diverse discipline mediche e odontoiatriche e a temi di rilevante interesse sanitario, come l'antibiotico-resistenza, il ciclo di iniziative promosso dalla Commissione Arte e Cultura, culminato nello spettacolo-concerto "La Medicina è Arte: Parole e Musica", ha saputo creare un originale dialogo tra scienza e cultura, valorizzando anche i numerosi talenti artistici presenti nella nostra comunità professionale.

Di particolare interesse sono stati anche gli incontri "Laurearsi... e poi?", promossi dalla Commissione Giovani e rivolti agli studenti degli ultimi anni del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. L'iniziativa ha rappresentato un'importante occasione di orientamento per chi si appresta a entrare nella professione, grazie alle testimonianze e all'esperienza condivisa dai giovani Colleghi relatori.



Dott. Filippo Crimi
Presidente Ordine Medici Chirurghi
e Odontoiatri di Padova

Grande valore ha assunto anche il progetto della Commissione Scuola, Istituzioni e Cittadinanza che, con l'iniziativa "A Scuola di Medicina", ha portato in oltre venti istituti scolastici della provincia attività di educazione sanitaria dedicate ai corretti stili di vita, al primo soccorso e alla prevenzione delle dipendenze, contribuendo a diffondere la cultura della salute tra le nuove generazioni.

Parallelamente all'attività scientifica e culturale, l'Ordine ha avviato un importante percorso di rafforzamento della propria struttura organizzativa. L'assunzione di una nuova unità di personale, il rinnovo del parco informatico, l'attivazione della connessione in fibra ottica e l'introduzione di un nuovo centralino rappresentano investimenti concreti per offrire servizi sempre più efficienti, rapidi e vicini alle esigenze degli iscritti.

L'Ordine di Padova è il più numeroso del Veneto e continua a crescere. Infatti si registra un costante incremento delle iscrizioni e il numero totale di iscritti si avvicina progressi-

vamente all'importante traguardo dei 10.000 professionisti. Un dato che testimonia la vitalità della nostra comunità e accresce la responsabilità di continuare a offrire servizi e opportunità sempre più qualificati.

Proprio in relazione alle numerose nuove iscrizioni, legate alle recenti sessioni di laurea, desidero ricordare il tradizionale appuntamento della Giornata del Medico e dell'Odontoiatra.

L'edizione di quest'anno si terrà sabato 3 ottobre, presso il Teatro Verdi di Padova, e avrà come titolo "Eppur si muove - Scienza, Dubbio e Progresso in Medicina". I nuovi iscritti saranno invitati a partecipare al tradizionale Giuramento di Ippocrate, mentre i Colleghi che celebrano i cinquant'anni dalla laurea riceveranno il consueto riconoscimento con il conferimento della medaglia, simbolo di una lunga vita dedicata alla professione.

Sarà, come sempre, un'importante occasione di incontro e di condivisione, capace di rafforzare il senso di appartenenza alla nostra comunità professionale.

In questo numero del Bollettino abbiamo inoltre il piacere e l'onore di ospitare una riflessione del Prof. Gino Gerosa, Assessore alla Sanità e alla Programmazione sanitaria della Regione del Veneto, dedicata alle sfide

future del Servizio Sanitario e alle strategie necessarie per garantirne sostenibilità, equità e qualità.

Desidero infine condividere con tutti voi un motivo di particolare soddisfazione. L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Padova è stato insignito del Bollino "Buone pratiche in ambito di welfare locale e territoriale integrativo", conferito da Veneto Welfare.

Il riconoscimento premia il modello organizzativo sviluppato dal nostro Ordine, fondato sul lavoro delle Commissioni, sulla partecipazione attiva degli iscritti e sulla capacità di costruire progettualità condivise con le istituzioni e il territorio. È il riconoscimento di una visione dell'Ordine come comunità professionale dinamica, capace di promuovere non solo la formazione continua e il benessere degli iscritti, ma anche iniziative che producono valore per l'intera collettività.

Questo risultato appartiene a tutti coloro che hanno creduto in questo percorso e vi hanno contribuito con idee, tempo e competenze. A loro va il mio più sincero ringraziamento.

Con l'augurio di incontrarvi numerosi ai prossimi appuntamenti dell'Ordine, vi saluto cordialmente.

Pagina degli odontoiatri

Avvio alla professione: formare oggi i professionisti di domani

Diventare odontoiatra non significa soltanto acquisire conoscenze scientifiche e competenze cliniche. Significa entrare a far parte di una professione, conoscerne le regole, comprenderne le responsabilità e condividerne i valori.

È da questa consapevolezza che nasce il progetto nazionale “Avvio alla professione”, realizzato attraverso la collaborazione tra il mondo universitario e la Commissione Albo Odontoiatri nazionale, con l’obiettivo di avvicinare gli studenti a quelle tematiche che al momento non trovano spazio nella formazione accademica tradizionale, ma che diventano indispensabili nel momento in cui si inizia concretamente ad esercitare la professione.

Anche a Padova la Commissione Albo Odontoiatri partecipa al progetto incontrando gli studenti del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria.

Sono lezioni diverse da quelle alle quali gli studenti sono maggiormente abituati. Non si parla di diagnosi, tecniche chirurgiche o protocolli terapeutici, ma di legislazione sanitaria, deontologia, previdenza, responsabilità professionale, assicurazioni, ruolo dell’Ordine, informazione e pubblicità sani-



Dott. Marco De Berardinis
Presidente Commissione
Albo Odontoiatri Padova

taria. I componenti della Commissione, coadiuvati da professionisti esperti nelle diverse materie, cercano di fornire gli strumenti necessari per affrontare con maggiore consapevolezza il passaggio dall’Università alla vita professionale.

Un esempio particolarmente significativo, fra i tanti trattati, è quello della previdenza. A poco più di vent’anni è comprensibilmente difficile interessarsi alla propria pensione, ed ENPAM rischia di essere percepito solo come l’ente a cui versare contributi obbligatori. Durante le lezioni cerchiamo di cambiare questa prospettiva: ENPAM non è soltanto pensione, ma un sistema di previdenza e assistenza che accompagna il medico e l’odontoiatra lungo tutta la vita professionale, con tutele in caso di inabilità o invalidità, misure assistenziali, tutela della genitorialità e strumenti per i giovani professionisti, come i mutui agevolati per la prima casa o lo studio. Dal 2017 gli studenti del quinto e sesto anno possono iscriversi volontariamente

all'ENPAM con una cifra simbolica, beneficiando da subito delle tutele e maturando anticipatamente anzianità contributiva; due anni in più a fine carriera.

Recentemente ENPAM ha pubblicato i dati relativi alle adesioni degli studenti nelle diverse Università italiane e, tra gli studenti di Odontoiatria, Padova risulta al secondo posto a livello nazionale per percentuale di adesioni.

È un risultato che ci rende particolarmente soddisfatti, non tanto per la posizione in una classifica, quanto perché rappresenta un concreto indicatore dell'efficacia dell'attività svolta dalla nostra Commissione nell'ambito di "Avvio alla professione". Se tanti studenti, dopo aver conosciuto il funzionamento dell'Ente, decidono volontariamente di aderirvi, significa che siamo riusciti a trasmettere un messaggio chiaro, comprensibile e motivante.

"Avvio alla professione" vuole essere un ponte tra Università e professione. L'Università forma il futuro odontoiatra dal punto di vista scientifico e clinico; l'Ordine può aggiungere un ulteriore tassello, aiutandolo a comprendere cosa significhi essere un professionista consapevole dei propri diritti, dei propri doveri e delle proprie responsabilità.

Incontrare gli studenti significa, infine, far conoscere l'Ordine prima ancora che abbiano l'obbligo di iscriversi: non solo come l'istituzione che custodisce l'Albo o esercita la funzione disciplinare, ma come la casa della professione; il luogo in cui trovare orientamento, confronto e supporto lungo tutta la vita professionale.

È questo, credo, il significato più autentico dell'"Avvio alla professione": non formare esperti di previdenza o di legislazione sanitaria, ma professionisti che sanno dove cercare le risposte quando ne avranno bisogno.

Riflessioni sulla sostenibilità di un sistema sanitario regionale

Il Sistema Sanitario regionale, basato su universalità, uguaglianza ed equità, si troverà a fronteggiare nel prossimo futuro le sfide rappresentate dall'invecchiamento della popolazione con le sue cronicità, dalla denatalità ben evidenziata dall'inversione della piramide sociale, ma anche le sfide aperte dall'innovazione tecnologica. Tutto questo avrà un forte impatto sulla sostenibilità economica del sistema. A un occhio attento queste, in realtà, non sono le sfide del futuro ma sono la realtà con cui tutti noi, medici, amministratori, cittadini, già oggi ci confrontiamo. A tutto questo va aggiunto quanto sottolineato recentemente dall'OCSE, ovvero che un sistema sanitario universalistico come il nostro è, in una prospettiva futura, difficilmente sostenibile con la sola fiscalità. Appare, quindi, urgente e necessario reingegnerizzare il sistema stesso affinché possa mantenersi pubblico, equo e solidale rispondendo, al contempo, alla crescente domanda di servizi sanitari e assistenziali a lungo termine in un contesto di forti vincoli fiscali così come recentemente dibattuto nel corso della Observatory Venice Summer School, dedicata al tema "finanziare la sanità in un contesto di vincoli fiscali: come generare risorse adeguate e spendere meglio".

La definizione di salute dell'OMS ci ricorda che questa non è solo assenza di malattia bensì una condizione di benessere psico-fisico, sociale ed economico la cui realizzazione si compendia nella Charta di Padova dove il concetto One Health viene declinato in una visione più ampia di Salute d'Insieme rappresentata dal concetto "In Universum Salus" il cui acronimo I.U.S richiama il diritto alla salute così come sancito dall'art. 32 della Costituzione.

La Charta di Padova si pone, ancor più, come un patto tra le generazioni, che pone l'attenzione non solo sulla singola persona



Prof. Gino Gerosa
Assessore alla Sanità
della Regione Veneto

ma sull'intera collettività, con il coinvolgimento dei cittadini, a partire dalle scuole per passare alle imprese e alle comunità. I temi affrontati spaziano dall'inclusione, all'uguaglianza, all'equità, passando per la tutela dell'ambiente, l'uso dell'intelligenza artificiale, l'educazione alla salute e la prevenzione. La Charta sottolinea la necessità di un coinvolgimento delle scuole e delle imprese (inclusione nelle tematiche aziendali ESG anche del fattore H: Health), il tutto con l'attenzione rivolta alla centralità della persona.

Il DM 77/2022, che riforma l'assistenza territoriale ponendo l'accento sulla necessità di passare da una sanità ospedale-centrica a una territorio-centrica, aiuta nella creazione di strategie in cui il paziente diventa il perno centrale attorno al quale vengono disegnati i percorsi di cura che, abbandonando la logica per silos, si sviluppano in senso orizzontale e lo accompagnano lungo tutto il percorso di prevenzione, diagnosi e cura.

La fragilità, intrinseca all'invecchiamento della popolazione, si esprime nella cronicità e nelle comorbidità, rendendo necessario passare da una medicina di reazione – mi ammalò e allora ti curo – a una medicina di previsione – anticipo la comparsa delle acuzie per evitare il ricovero ospedaliero del paziente comorbide.

È importante che il cittadino mantenga fiducia nei confronti del SSR che, a sua volta, deve diventare più efficiente e facilmente accessibile, anche grazie all'uso dell'intelligenza artificiale che può aiutare a governare le liste d'attesa, riducendo la necessità da parte del cittadino di interfacciarsi con il CUP per la prenotazione di visite e/o indagini strumentali. Questo percorso si ritrova nelle progettualità incluse nell'AlR, recentemente consolidato, con la volontà di trasmettere in modo chiaro ed univoco al cittadino/utente il concetto di presa in cura con l'accompagnamento lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico.

L'immagine che meglio può descrivere il tema delle liste d'attesa è quella di un cittadino profondamente insoddisfatto. Tuttavia, come ci insegna la Legge di Romer (o della domanda indotta) l'offerta crea la propria domanda: quante più prestazioni vengono rese disponibili, tante più ne vengono richieste dai pazienti, indipendentemente dall'effettiva necessità clinica.

Ma un sistema sanitario moderno ed efficiente deve porsi come obiettivo l'offerta di salute, non l'offerta di prestazioni, e deve accompagnare i propri cittadini in un percorso di condivisione di questo cambiamento che pone l'accento anche sul concetto di appropriatezza non solo prescrittiva ma anche "richiestiva".

L'appropriatezza prescrittiva dev'essere governata dai Medici di Medicina Generale che potranno sicuramente essere supportati da algoritmi sviluppati dall'IA ma soprattutto, all'interno delle Case della Comunità, avranno un confronto continuo con i Medici Specialisti che permetterà, come già anticipato, di abbandonare la logica di cura per silos per

passare a dei percorsi trasversali che ruotano attorno al singolo paziente.

Al cittadino-paziente, dal canto suo, è in capo l'appropriatezza richiestiva alla cui base vi sono informazione corretta, rispetto e collaborazione per ricreare il patto di fiducia medico-paziente che è alla base dell'alleanza terapeutica e che talvolta, anche a causa delle errate informazioni fornite dai diversi mezzi di comunicazione, non si realizza.

Altro tema fondamentale è quello che definirei della differenza tra sanità percepita, sanità prodotta e sanità raccontata.

La *sanità percepita* rappresenta il giudizio che il cittadino esprime sulle cure ricevute, può essere misurata tramite questionari, ma risente delle sue aspettative in termini di tempi d'attesa, cortesia del personale, pulizia delle strutture e chiarezza delle informazioni. È la rappresentazione dell'efficienza del sistema sanitario.

Quando si parla di *sanità prodotta*, al contrario, si fa riferimento alla reale offerta dei servizi sanitari e ai risultati ottenuti che sono misurabili non solo con indicatori di ambito economico ma anche, ad esempio, come miglioramento dell'attesa di vita alla nascita o anni di vita in buona salute.

Cosa diversa è la *sanità raccontata*, da non confondere con sanità narrata – insieme delle esperienze di malattia e cura dei pazienti e dei medici –, che è l'immagine fornita dai mezzi di informazione che purtroppo molto spesso anziché privilegiare il racconto positivo prediligono una narrazione votata agli aspetti negativi. Le informazioni fornite in questo ambito influenzano profondamente sia la percezione che il cittadino ha nei confronti del sistema sanitario sia il patto di fiducia che si deve creare con il medico.

In conclusione, per rispondere alla sfida di mantenere il nostro sistema sanitario regionale pubblico, equo e solidale all'interno dei vincoli fiscali, è necessario, tornando alla Charta di Padova, superare il concetto di One Health, rappresentato dal cerchio dove i punti che lo compongono si susseguono e quasi

si auto mantengono, e approdare alla Salute d'Insieme dove gli elementi costitutivi presentano interconnessioni e accanto alla salute umana, ambientale e animale vengono

considerati anche fattori economici, sociali, culturali per dare pieno compimento alla definizione di salute dell'OMS passando da One Health a I.U.S. art.32.

Commissione One Health



Dott.ssa Carmela di Natale

Medico Chirurgo
Responsabile Laboratorio di Sanità
Pubblica
Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata del Trentino

“One Health non aggiunge un nuovo capitolo alla medicina: ci aiuta a leggere insieme ciò che, nella realtà, è già inseparabile.”

Quando One Health diventa un modo di lavorare

Ci sono espressioni che, a forza di essere ripetute, rischiano di trasformarsi in formule astratte. One Health, invece, nel lavoro della Commissione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova ha assunto una fisionomia concreta: è diventata un metodo per collegare temi che troppo spesso vengono affrontati separatamente, pur appartenendo alla stessa storia di salu-

One Health: quattro sguardi, un'unica salute

*Dall'alimentazione
al clima, il percorso
della Commissione
tra conoscenza,
prevenzione
e responsabilità
condivisa*

**A cura della Commissione One
Health dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri di Padova**

te. Alimentazione, antibiotico-resistenza, inquinamento atmosferico e cambiamenti climatici non sono capitoli indipendenti. Si intrecciano nei territori, negli stili di vita, nei sistemi produttivi, negli allevamenti, nelle città, nelle acque e negli alimenti; arrivano infine negli ambulatori, negli ospedali e nei laboratori, dove diventano sintomi, malattie, fragilità e disuguaglianze. (1,17)

Da questa consapevolezza è nato un percorso affidato a sottocommissioni e gruppi di lavoro, ciascuno con competenze specifiche ma uniti da un'unica domanda: come può la professione medica contribuire, con rigore scientifico e responsabilità civile, a proteggere la salute in un mondo che cambia? Gli

incontri organizzati tra la fine del 2025 e la primavera del 2026 hanno offerto risposte diverse e complementari. Non semplici lezioni frontali, ma occasioni di confronto tra medici, ricercatori, veterinari, biologi, farmacisti, esperti di ambiente, rappresentanti dei cittadini e persone interessate a comprendere meglio il proprio ruolo.

Nel piatto si incontrano salute e ambiente

Il primo appuntamento, "Alimentazione, ambiente e salute", svoltosi il 12.12.2025, ha mostrato quanto una scelta quotidiana e apparentemente privata come il cibo sia in realtà collocata al centro di relazioni molto più ampie. I modelli alimentari incidono sulla prevenzione delle malattie croniche, sul peso corporeo e sul benessere, ma anche sul consumo di risorse, sulle emissioni e sull'impronta ecologica dei sistemi di produzione. La prospettiva One Health consente di superare la contrapposizione tra ciò che fa bene alla persona e ciò che tutela il pianeta: nella maggior parte dei casi, le due direzioni possono e devono coincidere. (2)

Le relazioni hanno affrontato il modello One Health, le indicazioni della Commissione EAT-Lancet, il ruolo della carne e dei cibi ultra-processati, il problema dell'obesità e la costruzione pratica di un piatto equilibrato. Il punto di forza è stato il passaggio dalle evidenze alle decisioni: non prescrizioni moralistiche, ma strumenti utili per orientare il counselling clinico, l'educazione sanitaria e le scelte familiari. Il medico può aiutare il paziente a riconoscere che un'alimentazione più sobria, varia e prevalentemente fondata su alimenti poco trasformati non è una rinuncia, ma un investimento simultaneo sulla propria salute e su quella della comunità. (2,3)

Il rapido esaurimento dei posti disponibili ha testimoniato l'interesse per il tema. Il confronto conclusivo, ricco di domande, ha evidenziato anche una sfida per il futuro: trasformare la sensibilità crescente in partecipazione costante e in comportamenti dura-

turi. È proprio qui che l'Ordine può svolgere una funzione preziosa, offrendo ai professionisti un luogo credibile nel quale distinguere le mode dalle prove scientifiche e costruire messaggi chiari, equilibrati e applicabili.

Antibiotico-resistenza: la cura di oggi non deve compromettere quella di domani

L'incontro dedicato all'antibiotico-resistenza, organizzato nel gennaio 2026, ha affrontato una minaccia meno visibile di un'epidemia acuta, ma capace di erodere progressivamente uno dei patrimoni più importanti della medicina moderna. La perdita di efficacia degli antibiotici non dipende da un solo comportamento e non può essere contrastata da una sola categoria professionale. Prescrizioni inappropriate, automedicazione, uso esteso negli allevamenti, diffusione ambientale dei residui e circolazione di microrganismi resistenti compongono un



Commissione One Health
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova



ALIMENTAZIONE, AMBIENTE E SALUTE

Venerdì 12 dicembre - Ore 16:00 - 19:15

PROGRAMMA

- 16.00-16.10 Benvenuto e saluti - Rappresentanti OMCO PD
- 16.10-16.20 Presentazione - F. Brocadello, M.C. Corti, M.C. Digiacomo
- 16.20-16.35 Il modello One Health - A. Buja
- 16.35-17.00 Rapporto commissione Eat Lancet - F. Brocadello
- 17.00-17.25 Ruolo di carne e cibi ultra processati - G. Tognana
- 17.25-17.50 Il problema obesità - L. Busetto
- 17.50-18.15 Cosa mettere nel piatto - M.T. Nardi
- 18.15-18.45 Domande e dibattito - Moderatore F. Brocadello
- 18.45-19.00 Compilazione test della qualità percepita e di apprendimento
- 19.00-19.15 Chiusura dei lavori

Aula A. Colle Ordine dei Medici di Padova - Via S. Prosdocimo, 6 - PD

CORSO GRATUITO - 3 crediti ECM
Rivolto a Medici Chirurghi e Odontoiatri - Iscrizione obbligatoria: 45 posti
Responsabile scientifico F. Brocadello

sistema complesso che richiede una risposta altrettanto integrata. (1,4)

È emersa con forza la responsabilità condivisa di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, veterinari, farmacisti, istituzioni e cittadini. La stewardship antibiotica non coincide con il semplice invito a “prescrivere meno”: significa prescrivere meglio, scegliere il farmaco giusto, alla dose corretta e per il tempo necessario; comunicare con il paziente; evitare terapie prive di beneficio; valorizzare strumenti come il PN-CAR e il manuale AWaRe; monitorare i consumi e le resistenze. Significa anche riconoscere che la salute umana è connessa alla salute animale e all'ambiente nel quale molecole e microrganismi continuano a circolare. (5,6) La qualità delle presentazioni e la loro chiarezza sono state particolarmente apprezzate, così come la presenza di Cittadinanza Attiva, che ha ricordato un punto essenziale: l'appropriatezza non si costruisce soltanto nei

protocolli, ma nella fiducia tra professionisti e popolazione. La partecipazione, stimata in circa 60-70 persone, e l'interesse per la tavola rotonda hanno confermato che il tema è sentito. Per le prossime iniziative, l'esperienza suggerisce di ampliare ulteriormente il coinvolgimento dei veterinari e di anticipare la comunicazione al pubblico, perché la lotta alle resistenze ha bisogno di alleanze visibili e continuative.

L'aria entra nella storia clinica

Il 21.02.2026 la Commissione ha portato l'attenzione su “Inquinamento atmosferico ed effetti sulla salute”. Il corso, accreditato ECM, ha registrato 42 partecipanti su 45 posti disponibili e un dibattito vivace. L'inquinamento atmosferico è ancora percepito talvolta come un problema tecnico, affidato a centraline e amministrazioni. In realtà, ciò che respiriamo entra ogni giorno nella storia clinica: non riguarda soltanto l'apparato respiratorio, ma si associa a patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, malattie neurodegenerative, diabete, ipertensione, nascite premature e basso peso alla nascita. (7,9,10)

Durante il corso è stato ricordato che a Padova le concentrazioni annuali di PM_{2,5} restano molto superiori ai valori guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Le relazioni hanno unito l'analisi delle cause e degli effetti alla lettura dei dati prodotti da satelliti e centraline, agli esiti neurologici e cardiovascolari e ad un'esperienza originale di biomonitoraggio dei metalli nelle unghie dei bambini. Quest'ultimo progetto di ISDE Padova, denominato “Per Prevenzione Salute e Ambiente ci vogliono le unghie!” ha reso particolarmente evidente il passaggio dall'ambiente al corpo: l'esposizione non è influente, ma lascia tracce biologiche che possono essere osservate, misurate e interpretate. (7-10)

Per il medico, assumere questa prospettiva significa ampliare l'anamnesi e la prevenzione. Il luogo in cui si vive, la prossimità al traffico, le condizioni lavorative e la qualità dell'aria non

Inquinamento Atmosferico ed effetti sulla Salute

Promosso dalla Commissione One Health dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova

21 FEBBRAIO 2026





**3
crediti ECM**



Sala Augusto Colle
Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri di Padova
via S. Proculdino, 6

Programma:

09.30 Saluti del Presidente Filippo Cini e della Vicepresidente Maria Chiara Corti - referente del Consiglio Direttivo dell'Ordine per la Commissione One Health
Presentazione del Corso Maria Concetta Digacono Coordinatrice della Commissione One Health

10.00 Inquinamento Atmosferico cause ed effetti
Prof. Gianni Tamino, Biologo, Membro della Giunta Esecutiva e del Comitato Scientifico ISDE Nazionale

10.20 Livelli di PM_{2.5} a Padova: Satelliti e Centraline
Dr. Fabio Toso, Istituto di Geoscienze e Georisorse, Consiglio Nazionale delle Ricerche

10.40 Progetto Inquinamento Atmosferico ISDE 2025-26
Effetti dell'inquinamento atmosferico sul Sistema Nervoso
Dr. Paolo Bertolotti, Neurologo, Coordinatore progetto nazionale ISDE su inquinamento atmosferico, Coordinatore Commissione Ambiente OMCsO Trento

11.00 Inquinamento Atmosferico e Malattie Cardiovascolari
Dr. Leopoldo Pagliani, Riceratore in Cardiologia presso lo IROV di Padova

11.20 Progetto “Per Prevenzione Salute e Ambiente ci vogliono le unghie!”
Descrizione studio di Biomonitoraggio dei metalli nelle unghie dei bambini
Dr.ssa Patrizia Corrà, già Medico del Lavoro, Presidente ISDE Padova - Dr. Roberto Marinello, Pediatra, Membro del Consiglio Direttivo ISDE Padova

11.40 Confronto / Dibattito fra docenti e discenti
12.30 Compilazione documenti per ECM e questionario
13.00 Chiusura lavori

CORSO GRATUITO
Accreditato per 45 partecipanti
rivolto a Medici Chirurghi e
Odontoiatri
Iscrizioni dal sito www.omco-pd.it

Responsabile scientifico: Dott.ssa Maria Concetta Digacono

sono elementi accessori. Possono contribuire al rischio individuale e devono trovare spazio nella comunicazione con i pazienti e nella partecipazione dei professionisti al dibattito pubblico. La richiesta di rendere disponibile ai partecipanti e sul sito dell'Ordine il *position paper* di ISDE Italia "Cambiamento aria" va in questa direzione: tradurre la formazione in uno strumento permanente, consultabile e capace di sostenere azioni concrete.

Il messaggio condiviso è stato semplice e impegnativo: per il particolato fine e per altri inquinanti gli effetti sulla salute sono documentati anche a concentrazioni inferiori ai precedenti valori guida, e ogni riduzione stabile dell'esposizione può produrre un beneficio. La prevenzione, quindi, non è un gesto simbolico, ma una politica sanitaria misurabile. I medici possono contribuire con la competenza clinica, con la capacità di spiegare i rischi senza allarmismi e con una voce autorevole a favore di città più respirabili. (7,9,10)

Il clima non aspetta: dalla conoscenza alla prevenzione

Il percorso ha raggiunto un momento di sintesi il 28.03.2026, al Teatro San Carlo Borromeo, con l'evento "Cambiamenti climatici. Il clima non aspetta, possiamo continuare ad ignorarlo?", aperto ai professionisti sanitari e alla cittadinanza. La scelta di una sede ampia e di un pubblico non esclusivamente sanitario ha espresso una convinzione precisa: la crisi climatica è una questione scientifica e medica, ma è anche un tema civile, sociale ed etico che richiede un linguaggio comprensibile e una partecipazione diffusa. (11)

La costruzione del programma ha seguito un itinerario progressivo. Si è ripercorsa la storia del clima terrestre, ricordando che il clima è sempre cambiato ma che l'attuale riscaldamento presenta velocità, cause e conseguenze peculiari. È stata approfondita l'origine antropica del fenomeno e il ruolo delle emissioni climalteranti, dei modelli preduttivi e dei sistemi di misurazione. Si è collegato il cambiamento degli ecosistemi alle zoono-

CAMBIAMENTI CLIMATICI

IL CLIMA NON ASPETTA, POSSIAMO CONTINUARE AD IGNORARLO?

Promosso dalla Commissione One Health dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova

28 marzo 2026





Teatro San Carlo Borromeo
Via P. Giovanni Guarneri n. 22
Padova

**CORSO APERTO A TUTTE
LE PROFESSIONI E ALLA
CITTADINANZA**

Programma:

09.30 Saluti del Presidente OMCO Padova Filippo Crimi e della Vicepresidente Maria Chiara Cotti - referente del Consiglio Direttivo dell'Ordine per la Commissione One Health

Presentazione del Corso Maria Concetta Digiacomo
Coordinatrice della Commissione One Health

10.00 *Lezioni dal passato per affrontare la crisi climatica*
Prof. **Antonello Provenzale**, Fisico, Istituto di Geoscienze e Georisorse del CNR e Fondazione di Ricerca CIMA

10.30 *Le cause di origine antropica del Cambiamento Climatico*
Dr. **Danielle Perinigotti**, Biologo, CEO Asquibria e Chair CEN/TC 467 "Climate Change"

11.00 *Clima che cambia, malattie che emergono: il legame fra Ambiente, zoonosi e nuove pandemie*
Dr. **Gianluca Rosati**, Medico Veterinario, Commissione Nazionale Prevenzione e Prevenzione Grandi Rischi, Dipartimento della Protezione Civile, esperto in qualità e sicurezza dei prodotti della filiera agroalimentare

11.30 *Cambiamenti Climatici, Migrazioni e Diritti Umani*
Dr. **Matteo Mascia**, laurea in Scienze Politiche, Specializzazione in Diritti Umani, Coordinatore Progetto Etica e Politiche Ambientali presso Fondazione Lanza

12.00 *Il Clima che ammalia, capire per prevenire*
Dr.ssa **Carmela di Natale**, Medico Chirurgo, Specialista in Biochimica e Clinica Clinica, Direttore Laboratorio di Sanità pubblica ASUIT, Trento

12.30 Tavola Rotonda/Dibattito
13.30 Chiusura lavori

si e alle nuove pandemie, mostrando come temperature, precipitazioni e trasformazioni degli habitat modifichino la distribuzione e la stagionalità di vettori e patogeni. In seguito si è ampliato lo sguardo sulle migrazioni e sui diritti umani, descrivendo il clima come un moltiplicatore di vulnerabilità capace di incidere sull'accesso all'acqua, al cibo, all'abitazione e alla salute. (11,12,14)

La conclusione, affidata a una prospettiva operativa di sanità pubblica, ha riportato il discorso ai rischi misurabili e alla prevenzione quotidiana. Piogge intense e alluvioni possono aumentare la contaminazione microbiologica delle acque; la siccità concentra gli inquinanti; temperature più elevate favoriscono la crescita di microrganismi e rendono più fragile la catena del freddo. Il riscaldamento degli impianti idrici può facilitare la proliferazione di *Legionella* e *Pseudomonas*; negli alimenti possono aumentare le condizioni favorevoli a *Salmonella*, *Listeria*, *Cam-*



Antibiotico resistenza:
Un grave problema di salute pubblica.
Conoscerla per affrontarla
consapevolmente

SABATO 31 GENNAIO ORE 9.30
PADOVA, TEATRO SAN CARLO BORROMEO
VIA PIETRO GIOVANNI GUARNERI, 22

ORDINE DEI MEDICI E CHIRURGHI DI PADOVA
COMMISSIONE ONE HEALTH - GRUPPO ANTIBIOTICO RESISTENZA

**AMBIENTE E SALUTE NELL'OTTICA
ONE HEALTH**

Promosso dalla Commissione One Health dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova

20 SETTEMBRE 2025

3 CREDITI ECM

Programma:
10.00 Saluti del Presidente Filippo Crimi e della Vicepresidente Maria Chiara Corti - referente del Consiglio Direttivo dell'Ordine per la Commissione One Health
Presentazione del Corso Maria Concetta Digiacomio Coordinatrice della Commissione One Health
10.30 Si può vivere sani in un Ambiente malato?
Prof. Gianni Tanno, Biologo, Membro della Giunta Esecutiva e del Comitato Scientifico ISDE Nazionale
11.10 One Health nell'ottica del Medico Veterinario
Dr. Gianluca Rosati Medico Veterinario, Commissione Nazionale Prevenzione e Prevenzione Grandi Rischi Dipartimento della Protezione Civile esperto in qualità e sicurezza dei prodotti della filiera agroalimentare
11.50 One Health: prendersi cura delle persone e della Natura
Dr. Matteo Mascia, laurea in Scienze Politiche Specializzazione in Diritti Umani, Coordinatore Progetto Etica e Politiche Ambientali presso Fondazione Lanza
12.30 Confronto / Dibattito fra docenti e discenti
13.00 Compilazione documenti per ECM e questionario
13.30 Chiusura lavori

Corso GRATUITO
Accreditato per 45 partecipanti
Rivolto a Medici Chirurghi e Odontoiatri
Iscrizioni dal sito www.omcepad.it

Responsabile scientifico: Dott.ssa Digiacomio Maria Concetta

sità ne riducono la resilienza, si indebolisce una protezione essenziale per le comunità. Prendersi cura dei boschi significa quindi investire anche nella prevenzione e nella salute pubblica. (15,16,18)

In questa rete di rischi, il laboratorio di sanità pubblica assume un ruolo decisivo. Analizzare acque, alimenti e ambienti significa trasformare un cambiamento globale in dati locali, affidabili e tempestivi; significa individuare precocemente un pericolo e offrire alle autorità sanitarie elementi per intervenire. Il monitoraggio non è una funzione silenziosa o meramente tecnica: è parte della cura collettiva. La qualità dei risultati, l'accreditamento, la connessione tra sorveglianza ambientale, veterinaria e umana sono il fondamento di una prevenzione moderna. (1,12,13)

La tavola rotonda ha ricomposto le prospettive scientifiche, sanitarie e sociali. Ne è emersa una visione lontana sia dal negazionismo sia dalla rassegnazione. Riconoscere la gravità della crisi climatica non significa considerarla inevitabile. Significa, al contrario, rendere possibili decisioni migliori: ridurre le emissioni, adattare i servizi sanitari, proteggere le persone fragili durante le ondate di calore, rafforzare la sorveglianza di acqua, alimenti e vettori, comunicare il rischio con trasparenza. La conoscenza diventa così una forma di protezione e di libertà. (11-14)

Quattro temi che raccontano la stessa realtà

Guardati insieme, i quattro eventi mostrano quanto siano artificiali i confini tra le discipline. I sistemi alimentari incidono sulle emissioni, sull'uso del suolo e sull'impiego di antibiotici negli allevamenti. Il clima influenza la disponibilità di cibo e acqua, la diffusione dei vettori e la sicurezza microbiologica. L'inquinamento atmosferico condivide molte delle fonti responsabili del riscaldamento globale. Le disuguaglianze sociali, infine, determinano chi è più esposto, chi può proteggersi e chi sopporta il peso maggiore delle conseguenze. (1-4,7,11,12,14)

One Health offre la grammatica per leggere queste connessioni senza perdere la specificità delle competenze. Non chiede a ogni professionista di sapere tutto, ma invita ciascuno a riconoscere che la propria decisione entra in un sistema più ampio. Il valore delle sottocommissioni è stato proprio questo: approfondire i singoli temi e, nello stesso tempo, riportarli a una cornice comune. (1,17)

Dalle sottocommissioni alla pratica

Il risultato più incoraggiante del percorso non è soltanto la buona riuscita dei singoli appuntamenti. È la nascita di una rete di professionisti capace di mettere in relazione competenze, generazioni professionali e sensibilità differenti. I gruppi di lavoro hanno scelto relatori qualificati, costruito programmi complementari, curato la chiarezza dei messaggi e aperto spazi di dialogo. La partecipazione dei Colleghi e, in alcuni eventi, dei Cittadini ha dimostrato che esiste una domanda reale di conoscenze affidabili su temi spesso esposti a semplificazioni, contrapposizioni ideologiche o informazioni frammentarie.

Le esperienze hanno fornito anche indicazioni utili per proseguire: comunicare gli eventi con maggiore anticipo, raggiungere pubblici diversi, coinvolgere ancora più intensamente veterinari, farmacisti, professionisti della prevenzione e associazioni civiche; trasformare i materiali formativi in documenti accessibili nel tempo; mantenere il confronto dopo la conclusione dei corsi. Sono obiettivi realistici, perché poggiano su una base che ha già dimostrato energia, competenza e disponibilità alla collaborazione.

Che cosa può fare il medico

La prospettiva One Health non assegna al medico un ruolo estraneo alla sua identità. Al contrario, ne amplia e ne rinnova la funzione preventiva. Il medico può:

1. inserire le esposizioni ambientali nell'anamnesi;
2. sostenere un uso appropriato degli antibiotici;

3. parlare di alimentazione unendo salute e sostenibilità;
4. riconoscere precocemente le patologie correlate al caldo, all'inquinamento e ai vettori;
5. segnalare fenomeni inattesi;
6. collaborare con laboratori, servizi veterinari e dipartimenti di prevenzione.
7. contribuire ad un uso sostenibile delle risorse della terra, riducendo i consumi personali di energia e alimenti
8. soprattutto comunicare in modo comprensibile, evitando sia la minimizzazione sia il catastrofismo. (1,5-7,10,11,14)

La fiducia di cui la professione dispone comporta una responsabilità particolare. Una raccomandazione data in ambulatorio, una prescrizione evitata quando non necessaria, una domanda sull'ambiente di vita, un consiglio alimentare, una segnalazione tempestiva o una presa di posizione fondata su evidenze possono sembrare gesti piccoli. Moltiplicati nella pratica quotidiana, diventano una forza di cambiamento. La prevenzione non nasce soltanto dalle grandi decisioni istituzionali: si costruisce anche nell'incontro con ogni paziente e nella qualità delle relazioni tra professionisti.

Una fiducia fondata sulla scienza e sulla collaborazione

Parlare di crisi ambientali, antibiotico-resistenza e cambiamenti climatici potrebbe indurre un senso di impotenza. Il percorso della Commissione ha scelto un'altra strada: riconoscere i problemi nella loro serietà, ma mostrare gli strumenti già disponibili. Disponiamo di conoscenze epidemiologiche, capacità diagnostiche, sistemi di sorveglianza, linee di stewardship, tecnologie di monitoraggio, modelli alimentari più sani e soluzioni per ridurre le emissioni. Soprattutto, disponiamo della possibilità di lavorare insieme. (1,4-11)

È questa la ragione più autentica per essere fiduciosi. La fiducia non è ottimismo ingenuo

e non consiste nell'attesa che qualcun altro risolva i problemi. È la consapevolezza che la competenza, quando si organizza e dialoga, produce risultati. La storia della medicina dimostra che progressi un tempo impensabili sono diventati realtà grazie alla ricerca, alla prevenzione e alla responsabilità collettiva. Letta nella lunga vicenda di Homo sapiens, la fragilità attuale non è soltanto tecnologica o ambientale: è una prova di responsabilità della nostra specie verso la trama vivente di cui fa parte. (19)

La Commissione One Health dell'OMCeO di Padova ha avviato un cammino che merita di continuare. Alimentazione, resistenze antimicrobiche, qualità dell'aria e clima sono state quattro porte di ingresso verso un'unica visione: non esiste salute umana duratura in un ambiente malato, né tutela dell'ambiente

senza scelte sociali e sanitarie consapevoli. One Health non è quindi una disciplina aggiuntiva, ma l'orizzonte più ampio nel quale la medicina può ritrovare la propria vocazione originaria: comprendere, prevenire, curare e proteggere la vita. (1,17)

Un ringraziamento va ai componenti delle sottocommissioni, ai relatori, al Consiglio Direttivo, al personale dell'Ordine e a tutti coloro che hanno partecipato e contribuito al confronto. Il lavoro svolto dimostra che, quando la comunità professionale si mette in ascolto della realtà e unisce le competenze, il futuro non è soltanto qualcosa che accade: può diventare qualcosa che costruiamo.

Commissione One Health
Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri di Padova



Cognome	Nome	Sottocommissione
Franco Novelletto	Bruno	Antibioticoresistenza Referente
Avalos Clerici	Veronica Eloisa	Antibioticoresistenza
Cozza	Andrea	Antibioticoresistenza
Rensi	Gianna	Antibioticoresistenza
Rocco	Lionello	Antibioticoresistenza
Brocadello	Filippo	Nutrizione Referente
Alberti	Valerio-Fabio	Nutrizione
Callegaro	Imer Paolo	Nutrizione
Gabelli	Carlo	Nutrizione
Pagliani	Leopoldo	Nutrizione
Projic Mezzoli	Ketty	Nutrizione
Corra'	Patrizia	Inquinamento Referente
Costantin	Giorgio	Inquinamento
Fabris	Giuliano	Inquinamento
Hoxha	Ariela	Inquinamento
Marinello	Roberto	Inquinamento
Rossanese	Andrea	Inquinamento
Zorzi	Sandro	Inquinamento
Di Natale	Carmela	Cambiamenti Climatici Referente
Bonato	Angela	Cambiamenti Climatici
Polamarasetti	Thrinadha Rao	Cambiamenti Climatici
Stanco	Marialuisa	Cambiamenti Climatici
Concheri	Stefano	
Miazzi	Paolo	
Corti	Maria Chiara	
Digiacomio	Maria Concetta	

Componenti della Commissione
e relative Sottocommissioni

Bibliografia

1. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Organisation for Animal Health, United Nations Environment Programme. One Health Joint Plan of Action (2022-2026): working together for the health of humans, animals, plants and the environment. Geneva: WHO; 2022. ISBN: 978-92-4-005913-9.
2. Willett W, Rockström J, Loken B, et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. Lancet. 2019;393(10170):447-492. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31788-4.
3. Lane MM, Gamage E, Du S, et al. Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses. BMJ. 2024;384:e077310. doi: 10.1136/bmj-2023-077310.
4. Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet. 2022;399(10325):629-655. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02724-0.
5. World Health Organization. The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book. Geneva: WHO; 2022. ISBN: 978-92-4-006238-2.
6. Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025. Roma: Ministero della Salute; 2023.
7. World Health Organization. WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Geneva: WHO; 2021. ISBN: 978-92-4-003422-8.
8. Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto. Relazione regionale qualità dell'aria - Anno 2024. Padova: ARPAV; 2025.
9. European Environment Agency. Air quality status report 2025. EEA Web Report No. 01/2025. Copenhagen: EEA; 2025.

10. ISDE Italia - Associazione Medici per l'Ambiente. Inquinamento atmosferico. Position Paper. 2025.
11. IPCC. Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge: Cambridge University Press; 2022. doi: 10.1017/9781009325844.
12. European Food Safety Authority, European Centre for Disease Prevention and Control. The European Union One Health 2024 Zoonoses Report. EFSA J. 2025;23(12):e9759. doi: 10.2903/j.efsa.2025.9759.
13. Chorus I, Welker M, editors. Toxic Cyanobacteria in Water. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press, on behalf of the World Health Organization; 2021. ISBN: 978-1-003-08144-9.
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Key messages: vector-borne diseases. Stockholm: ECDC; 2018.
15. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Forests for human health and well-being: strengthening the forest-health-nutrition nexus. Forestry Working Paper No. 18. Rome: FAO; 2020. doi: 10.4060/cbl468en.
16. Rojas-Rueda D, Nieuwenhuijsen MJ, Gascon M, Perez-Leon D, Mudu P. Green spaces and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Lancet Planet Health. 2019;3(11):e469-e477. doi: 10.1016/S2542-5196(19)30215-3.
17. Lingiardi V, Saggio I, a cura di. One Health. Pensare le emergenze del pianeta. Milano: Il Saggiatore; 2025.
18. Li Q. Shinrin-yoku. Immergersi nei boschi. Il metodo giapponese per coltivare la felicità e vivere più a lungo. Milano: Rizzoli; 2022.
19. Harari YN. Sapiens. Da animali a dèi. Breve storia dell'umanità. Milano: Bompiani; 2017.

Comunicazione istituzionale

8 marzo 2026 Il valore delle donne nella professione medica: una risorsa per la comunità professionale

L'8 marzo rappresenta un'occasione per riconoscere il contributo che le donne apportano ogni giorno alla professione medica e alla vita delle sue istituzioni. Non una ricorrenza formale, ma un momento di riflessione sul valore della partecipazione, della competenza e della responsabilità che caratterizzano l'impegno professionale femminile.

La medicina cresce attraverso il confronto tra esperienze, sensibilità e punti di vista differenti. È nella pluralità degli sguardi che si rafforza la capacità della professione di comprendere i bisogni delle persone e di rispondere con competenza alle sfide della società contemporanea.

Quest'anno l'Ordine ha scelto di raccontare questa ricchezza attraverso un video corale che raccoglie le voci delle professioniste impegnate nel Consiglio Direttivo e nelle Commissioni ordinistiche. Un progetto nato con l'obiettivo di valorizzare il contributo concreto che le donne offrono ai processi decisionali, alla rappresentanza della professione e allo sviluppo della vita istituzionale dell'Ordine.



Redatto da
**Commissione Comunicazione
Istituzionale**

Un racconto di responsabilità e partecipazione

Il video si apre con un messaggio condiviso:

“Siamo donne. Siamo medici. Siamo parte dell'Ordine.”

Una frase semplice che esprime il senso di appartenenza a una comunità professionale e la consapevolezza del ruolo svolto all'interno delle sue istituzioni.

Attraverso risposte personali e complementari, le partecipanti costruiscono un dialogo che affronta temi centrali per la governance della professione:

- responsabilità istituzionale;
- leadership competente ed equilibrata;
- rappresentanza della professione;
- valore della presenza femminile negli organi ordinistici;
- prospettive per le giovani colleghe.

Ne emerge un racconto autentico, capace di restituire la complessità dell'impegno ordinistico e il contributo che ciascuna professionista offre alla crescita della comunità professionale.

Le parole che orientano il futuro

Nella parte conclusiva, ogni partecipante affida a una parola il significato della propria esperienza: **Competenza, Equità, Responsabilità, Coraggio, Futuro.**

Parole che rappresentano non solo valori personali, ma principi fondamentali della professione medica. Principi che guidano l'azione dell'Ordine e orientano la costruzione di una professione sempre più autorevole, inclusiva e vicina ai bisogni dei cittadini.

L'impegno dell'Ordine

Il video si conclude con due messaggi che esprimono con chiarezza la visione dell'Ordine:

“L'Ordine dei Medici promuove Pari Opportunità e Tutela di Genere come valori fondanti della professione.”

“L'equità professionale è un valore per tutti.”

Un impegno che non si esaurisce in una singola iniziativa, ma che si traduce nella volontà di favorire la partecipazione, sostenere la rappresentanza e valorizzare le competenze come patrimonio comune della professione.

Un messaggio che continua nel tempo

Il video è pubblicato sul sito dell'Ordine come testimonianza permanente dell'impegno e del valore delle professioniste che contribuiscono alla vita istituzionale della comunità medica.

Un racconto corale che ricorda come competenza, responsabilità e partecipazione siano elementi essenziali per costruire una professione sempre più equa, autorevole e capace di rispondere alle esigenze della società.

Guarda il video

<https://www.facebook.com/reel/952248340814718>



Progetto Welfare

Dal welfare professionale al welfare territoriale

Il modello dell'Ordine dei Medici di Padova premiato da Veneto Welfare



Dott.ssa Ilenia Mezzocolli
Coordinatrice Commissione Comunicazione Istituzionale

Dott. Filippo Crimi
Presidente Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova

Quando si parla di welfare, il pensiero corre generalmente ai servizi rivolti ai cittadini o alle misure di sostegno sociale. Più raramente si considera come il benessere di una comunità dipenda anche dalla qualità delle organizzazioni che la servono e dalla capacità dei professionisti di collaborare, condividere competenze e sviluppare progettualità comuni. È proprio da questa visione che è nato il progetto dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Padova, recentemente insignito del Bollino "Buone pratiche in ambito di welfare locale e territoriale integrativo", riconoscimento promosso da Veneto Welfare - Veneto Lavoro, in collaborazione con ANCI Veneto e con il supporto scientifico del Laboratorio Percorsi di Secondo Welfare. Il Bollino viene conferito alle esperienze che si distinguono maggiormente per qualità progettuale, capacità di innovazione, attivazione

di reti territoriali e impatto sulla comunità. Nel caso dell'Ordine di Padova, il riconoscimento non premia una singola iniziativa, ma un nuovo modo di interpretare il ruolo dell'Ordine professionale: non soltanto garante della professione, della deontologia e della tutela dei cittadini, ma anche promotore di partecipazione, innovazione organizzativa e sviluppo del welfare professionale e territoriale.

Un nuovo modo di interpretare il ruolo dell'Ordine

Negli ultimi anni il concetto di welfare si è progressivamente evoluto. Oggi non riguarda esclusivamente l'erogazione di servizi o prestazioni, ma comprende tutte quelle azioni che favoriscono il benessere delle persone, la qualità delle relazioni professionali e la capacità delle istituzioni di costruire reti collaborative.

In questo contesto anche gli Ordini professionali sono chiamati ad affrontare nuove sfide. Accanto alle tradizionali funzioni istituzionali, possono diventare luoghi di partecipazione, confronto e progettazione, capaci di valorizzare le competenze degli iscritti e di contribuire allo sviluppo del sistema sanitario.

Con questo obiettivo, il nuovo Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Padova, insediatosi nel dicembre 2024, ha scelto di investire nella partecipazione degli iscritti attraverso la costituzione di **15 Commissioni istituzionali e 2 Gruppi di lavoro**, affidando loro il compito di elaborare progetti e proposte su temi di interesse professionale e sociale.

Dall'organizzazione tradizionale alla governance per progetti

L'aspetto più innovativo della proposta dell'Ordine di Padova non consiste semplicemente nell'elevato numero di Commissioni attivate, ma nel modello organizzativo che le sostiene.

Tradizionalmente gli Ordini professionali operano attraverso organismi che affrontano specifiche tematiche in maniera sostanzialmente autonoma. L'Ordine di Padova ha invece provato ad introdurre un approccio ispirato ai principi del project management e dei sistemi di gestione della qualità, adottando una struttura organizzativa "a matrice", tipica delle organizzazioni complesse.

In questo modello le Commissioni non rappresentano compartimenti separati, ma nodi di una rete collaborativa nella quale competenze differenti vengono integrate nella progettazione di iniziative comuni. Ogni linea progettuale è sviluppata attraverso il contributo di più Commissioni, con la definizione preventiva di obiettivi, responsabilità, indicatori di risultato e strumenti di monitoraggio, secondo una logica orientata al miglioramento continuo e alla valutazione dell'impatto.

L'innovazione introdotta dall'Ordine consiste quindi nell'aver interpretato il welfare non come un insieme di prestazioni da offrire, ma

come un metodo organizzativo fondato sulla partecipazione, sulla collaborazione interdisciplinare e sulla costruzione di reti tra professionisti e istituzioni. In questa prospettiva, il benessere dei medici, la qualità dei servizi sanitari e la salute della comunità diventano obiettivi strettamente interconnessi.

La partecipazione degli iscritti

Uno dei primi risultati di questo nuovo modello è stato l'ampio coinvolgimento della comunità professionale.

Attraverso una procedura di adesione semplice e digitalizzata, più di 400 medici e odontoiatri hanno scelto di partecipare attivamente ai lavori delle Commissioni e dei Gruppi di lavoro, mettendo a disposizione tempo, competenze ed esperienze professionali.

La risposta ottenuta rappresenta uno degli aspetti più significativi dell'iniziativa, dimostrando come molti iscritti desiderino contribuire direttamente alla vita istituzionale dell'Ordine e partecipare alla costruzione di progetti condivisi.

Le Commissioni affrontano ambiti estremamente diversificati: giovani professionisti, formazione continua, inclusione e pari opportunità, rapporto ospedale-territorio, cure palliative e fine vita, scuola e cittadinanza, pensionati attivi, digitalizzazione, comunicazione istituzionale, One Health, salute mentale e benessere psicofisico, libera professione, sicurezza nei luoghi di lavoro, medicina legale, medicine non convenzionali, osservatorio sulle nuove complessità e rapporti tra medicina, arte e cultura.

Questa ampia articolazione consente di affrontare le problematiche della professione secondo una prospettiva multidisciplinare, favorendo il confronto tra competenze differenti e la nascita di progettualità innovative.

Dalle Commissioni ai progetti

Per valorizzare il lavoro delle Commissioni, ciascun gruppo è stato invitato a sviluppare una o più linee progettuali, individuando obiettivi, metodologie operati-

ve, indicatori di risultato e strumenti di monitoraggio.

Complessivamente sono state elaborate 11 linee progettuali, dedicate sia al welfare professionale sia al welfare territoriale.

I progetti spaziano dalla formazione ECM alla promozione della salute mentale dei professionisti, dall'integrazione sociosanitaria all'educazione alla salute nelle scuole secondo l'approccio One Health, dalla pianificazione condivisa delle cure alla pneumologia territoriale, fino alle iniziative dedicate alle medicine non convenzionali e al rapporto tra arte, cultura e benessere professionale. Pur affrontando tematiche differenti, tutte le progettualità condividono una medesima impostazione: promuovere il benessere dei professionisti come condizione indispensabile per migliorare la qualità dell'assistenza e rafforzare il rapporto tra il sistema sanitario e la comunità.

Una rete al servizio del territorio

Le Commissioni non operano esclusivamente all'interno dell'Ordine.

Il modello sviluppato prevede infatti un dialogo costante con Università, Aziende Sani-

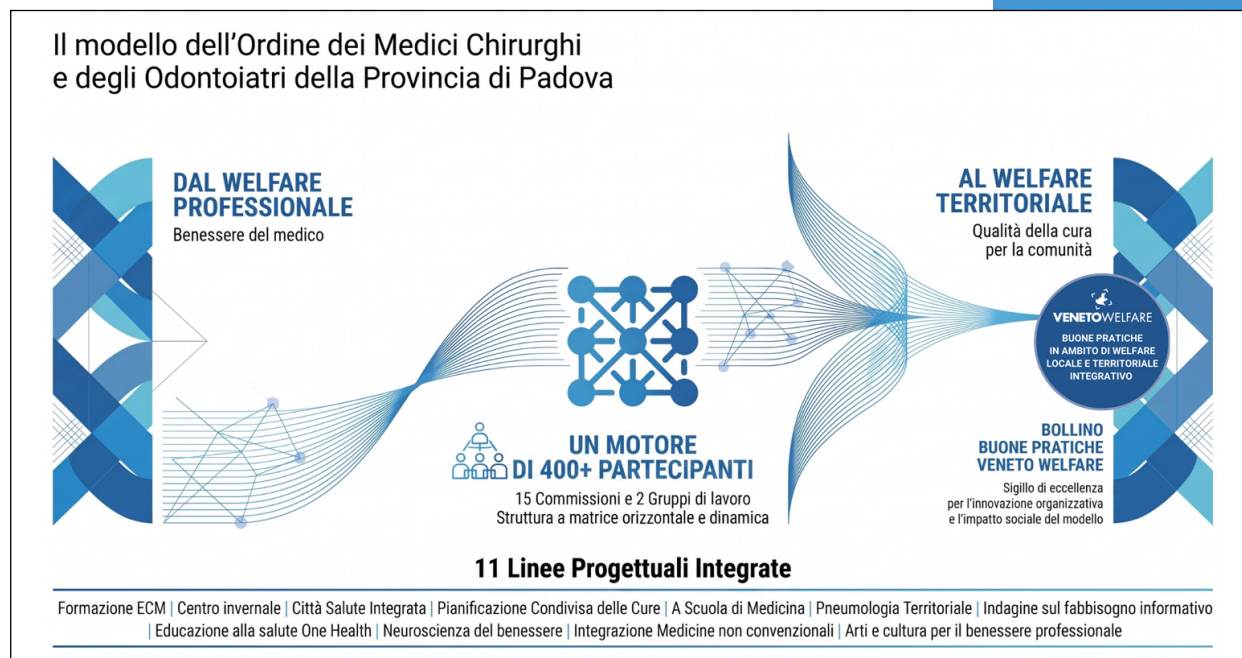
tarie, enti locali, associazioni di pazienti e altri soggetti istituzionali e del Terzo Settore, nella convinzione che le sfide della sanità contemporanea richiedano approcci multidisciplinari e reti collaborative stabili.

In questa prospettiva, l'Ordine assume il ruolo di facilitatore di relazioni e promotore di progettualità condivise, contribuendo alla costruzione di un sistema di welfare territoriale fondato sulla collaborazione tra professionisti, istituzioni e cittadini.

Le ragioni del riconoscimento

La Commissione di valutazione di Veneto Welfare ha riconosciuto il valore dell'esperienza padovana evidenziandone la capacità di tradurre il welfare professionale in un modello organizzativo strutturato e partecipativo.

Tra gli elementi maggiormente apprezzati figurano il metodo a matrice adottato, l'elevato coinvolgimento degli iscritti, l'apertura al dialogo con Università, Aziende Sanitarie e associazioni del territorio e la capacità di integrare numerosi ambiti progettuali all'interno di una strategia unitaria.



Il progetto è stato inoltre considerato un modello replicabile anche da altre realtà istituzionali, proprio per la sua capacità di coniugare partecipazione, innovazione organizzativa e attenzione ai bisogni della comunità.

Uno sguardo al futuro

Il Bollino Veneto Welfare rappresenta certamente un importante riconoscimento del percorso intrapreso, ma costituisce soprattutto uno stimolo a proseguire lungo la strada dell'innovazione organizzativa. La sfida dei prossimi anni sarà consolidare il lavoro delle Commissioni, monitorare sistematicamente i risultati delle progettualità avviate, rafforzare ulteriormente la collaborazione con le istituzioni del territorio e favorire la nascita di nuove iniziative condivise. L'esperienza dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Padova dimostra come anche un Ordine professionale possa evolvere in una moderna organizzazione orientata alla partecipa-

zione, alla progettazione e alla creazione di valore per la collettività.

Il riconoscimento conferito da Veneto Welfare assume pertanto un significato che va oltre il premio stesso. Rappresenta la conferma che investire sul coinvolgimento degli iscritti, sulla collaborazione interdisciplinare e sulla costruzione di reti territoriali significa investire nella qualità della professione medica e, al tempo stesso, nella tutela della salute della comunità.

In un sistema sanitario chiamato ad affrontare sfide sempre più complesse, dall'invecchiamento della popolazione alla transizione digitale, dalle disuguaglianze sociali alla sostenibilità del Servizio Sanitario, modelli organizzativi partecipativi come quello sviluppato dall'Ordine di Padova possono costituire un riferimento per promuovere una nuova cultura del welfare professionale e territoriale, capace di mettere al centro le persone, le competenze e la collaborazione tra istituzioni.

Storia della Medicina - Università di Padova

La rivoluzione dell'insegnamento presso la Facoltà di medicina patavina tra il XVI e il XVIII secolo



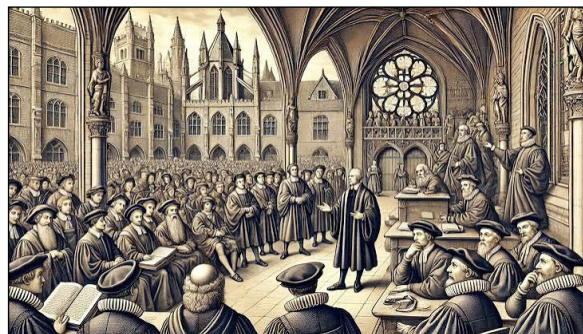
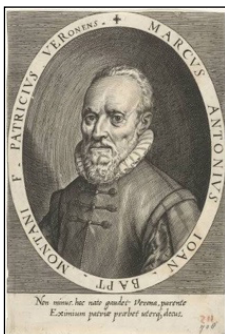
Dott. Diego Micochero
Medico oculista

L'evoluzione dello studio delle materie scientifiche ed in particolare di quelle mediche non si è mai arrestato: è interessante qui approfondire come nel nostro Ateneo studiosi di grande rilievo abbiano reso possibili trasformazioni che lentamente hanno portato l'arte medica allo stato attuale.

Prendendo in esame questo periodo, possiamo osservare come fino al XVI secolo presso le Università italiane ed europee la formazione della classe medica nelle aule

universitarie consistesse nell'insegnamento puramente teorico e dogmatico, studiando e commentando i testi di studiosi come Galeno, Ippocrate, senza però alcun contatto diretto con il paziente

Giovanni Battista Da Monte (1489-1551) nel XVI secolo portò una serie di cambiamenti epocali, che diedero origine alla medicina clinica moderna così come la conosciamo, trasformandola da una disciplina dogmatica ad un metodo clinico.



Questa innovazione si basava sull'osservazione diretta del paziente e sullo studio diretto di 4 parametri clinici principali:

- **L'osservazione** diretta dei sintomi: gli studenti dovevano osservare il colorito del paziente, toccarne la pelle, ascoltarne il respiro e monitorarne il polso.
- **La raccolta** dell'anamnesi: Il dialogo con il malato diventava un punto cruciale per la raccolta di notizie utili per l'inquadramento della patologia
- **La valutazione** dei "secreta": urine, feci ed espettorato diventavano elementi diagnostici da esaminare e valutare direttamente al letto del paziente.
- **L'individualizzazione** della cura: l'azione terapeutica doveva essere valutata e decisa direttamente in base all'evoluzione della sintomatologia.

A Padova in quel tempo esisteva l'Ospedale S. Francesco Grande. Fondato nel 1414, l'ospedale fu attivo per quasi quattro secoli, fino al 1798, ed era ubicato nel centro storico in via S. Francesco, sede odierna del MUSME (Museo di storia della Medicina).

Da Monte con la sua innovativa intuizione portò gli studenti fuori dalle aule, e per mettere in pratica il nuovo Metodo Clinico di intendere il rapporto medico-paziente li portò direttamente al capezzale dei malati ricoverati, dove potevano mettere in pratica i nuovi insegnamenti.

Il nuovo Metodo Clinico del Da Monte con il suo approccio pratico ebbe una grande risonanza, i suoi studenti infatti esportarono questo modello anche all'estero: in particolare gli studenti olandesi provenienti da Padova introdussero questo nuovo metodo di insegnamento pratico in Olanda, dove fu perfezionato da Hermann Boerhaave, che successivamente pose le basi teoriche per il definitivo trionfo del metodo anatomo-clinico.

Durante il Settecento la didattica medica subisce una ulteriore trasformazione metodologica e istituzionale grazie a grandi scienziati e a precise riforme promosse dalla Repubblica di Venezia.

Il nuovo metodo anatomo-clinico introdotto da Giovanni Battista Morgagni, titolare della cattedra di Anatomia dal 1715 al 1771, consisteva nel mettere per la prima volta in





relazione il quadro clinico del paziente con le relative alterazioni organiche rilevate sul cadavere in sede autoptica (anatomia patologica).

Questo approccio fu formalizzato nella sua celebre opera del 1761 "*De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*".

Il XVIII secolo vide sostanziali trasformazioni nell'Ateneo patavino non solo nella pratica clinica, ma anche in sede istituzionale: vennero introdotti Piani di studio regolati, con l'istituzione di esami annuali obbligatori e fu aumentato il tempo dedicato alla didattica pratica.

Si diede il via alla nascita delle specializzazioni moderne: l'Ateneo istituì cattedre specifiche per superare la figura del medico generalista.

Nacquero i primi corsi strutturati di ostetricia e ginecologia nel 1765 e di pediatria e chirurgia clinica.

L'insegnamento della farmacologia e della botanica medica passò definitivamente allo studio empirico e al metodo dimostrativo con la manipolazione di sostanze e preparati.

Si preparava così l'avvento della medicina moderna.

Notizie, novità, scoperte, innovazioni e articoli scientifici



Prof.ssa Liliana Chemello
Specialista in medicina interna
ed epatologia
Università degli Studi di Padova

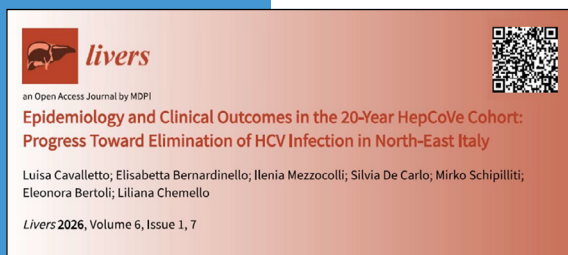
Focus sulla campagna di cura e screening per l'eliminazione dell'epatite da virus C in Italia

In occasione della recente pubblicazione dei dati ottenuti nella nostra regione Veneto, si vuole puntualizzare lo stato, dal punto di vista epidemiologico e clinico, conseguito attraverso il trattamento antivirale e lo screening verso HCV attuati in Italia, rispettivamente dal 1995 e 2020. Tali strategie, promosse dal WHO e fortemente implementate da tutte le regioni in Italia, consentiranno il raggiungimento degli obiettivi perseguiti per l'anno 2030, ossia: *la riduzione del 90% dei nuovi casi e del 65% dei decessi correlati ad infezione da HCV e l'aumento fino al 90% dell'identificazione dei casi ancora sommer-*

si ed al 80% dei casi avviati al trattamento antivirale curativo verso HCV.

Importanti considerazioni sono emerse, che possono essere utili e soprattutto – da adottare – per aderire alle strategie applicate per identificare ed avviare al trattamento tutti i portatori sommersi di epatite da HCV, permettendo la completa eliminazione dell'infezione. Tra queste, l'attività congiunta, sia nel territorio attraverso un'indagine selettiva, da parte dei MMG, rivolta alle categorie di casi a rischio o con stigmate di malattia epatica, oltre che nella popolazione compresa nella campagna di screening gratuito tra i nati negli anni 1969-1989, sia durante l'approccio medico nella popolazione generale, che accede all'ospedale (offerta/esecuzione di screening verso HCV in pronto soccorso o durante l'ospedalizzazione), potrebbe essere la strategia realmente migliore.

L'epidemiologia di HCV nel nord-est d'Italia ha interessato specialmente i nati dal 1939 al 1989, in due momenti di esposizione spe-



cifici, che si possono individuare presumibilmente nel periodo 1945-1965 con la diffusione del contagio specialmente attraverso la via parenterale trasfusionale, prevalentemente nelle donne, con infezione da genotipo HCV-1b o 2a/2c, e quello successivo occorso negli anni 1965-1995 tra i più giovani, con infezione da HCV-1a o 3a/3b e dovuto particolarmente alla tossicodipendenza (figura 1). Come si evince dai dati analizzati nella pubblicazione su *Livers* (accessibile da QR code), si possono fare alcune considerazioni, tenendo anche conto, che dal 1995 si è diffuso l'uso della terapia antivirale basata sull'interferone e successivamente dal 2015 è stata disponibile la nuova terapia orale con DAA (*direct-acting antivirals*) divenuta universale, cioè per tutti i soggetti con viremia indipendentemente dallo stadio di malattia, che praticamente ha portato all'eradicazione di HCV in tutti i casi trattati.

Quindi oggi è possibile vedere abbattuti significativamente tutti i tassi di incidenza e prevalenza d'infezione da HCV, ma specialmente i tassi di cirrosi ed epatocarcinoma (HCC) e di mortalità correlata ad HCV. Sebbene, anche tra i casi, che hanno eradicato l'infezione con la terapia, resti ancora un certo rischio di comparsa di HCC (tra il 4,8 ed il 9,1% nella casistica in esame). Specialmente tra i casi con cirrosi ed ipertensione portale (splenomegalia e/o varici gastro-esofagee), che quindi vanno attentamente seguiti nel tempo con un follow-up ecografico e con dosaggio di alfa-fetoproteina ogni 6-9 mesi.

Le conclusioni attuali ottenute da questo studio, che ha compreso 2703 casi con epatite cronica o cirrosi da HCV, seguiti per $16,2 \pm 8,4$ anni nei centri epatologici del territorio Veneto, sono state:

- L'eliminazione di HCV va perseguita tenacemente, perché ha determinato alti tassi di cirrosi (intorno al 40%) e di comparsa di HCC (intorno al 15,5%), come dimostrato nella nostra casistica, e per poter contribuire agli obiettivi regionali, come atteso dal WHO per l'anno 2030.

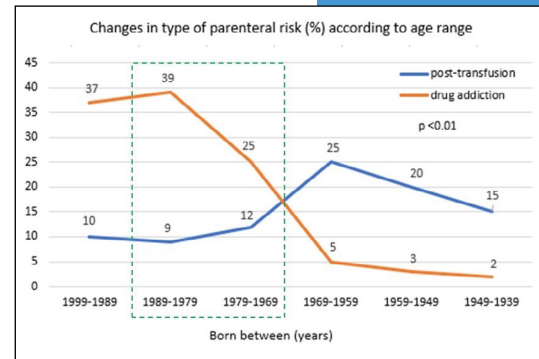


Figura 1 – Tassi di rischio per epatite da HCV di tipo post-trasfusionale o per tossicodipendenza, in relazione ai nati tra il 1939-1989.

(Fonte coorte HepCoVe, dati osservati nel 2005). Il riquadro verde indica la popolazione interessata dall'attuale campagna di screening gratuita per HCV.

- La prima ondata di contagio intercorsa nella generazione dei “boomers” si è ormai quasi estinta ed attualmente è in forte decremento anche quella con esposizione dopo il 1965, specialmente dopo la diffusione della terapia antivirale attuata dal 1995 ad oggi, che appare estremamente efficace e per tutti
- La ricerca per l'esauritiva identificazione dei casi a rischio, ma ancora sconosciuti, va fatta in tutti quelli che presentano i segni di una malattia cronica di fegato e/o sono stati esposti al rischio parenterale (trasfusione, tossicodipendenza, promiscuità sessuale, episodi passati d'itterizia, piercing e tatuaggi, intercorsi o fatti prima del 1995).
- Vi sono test non-invasivi di screening salivari o su goccia di sangue per la ricerca di anti-HCV, che possono agevolmente e con alta specificità permettere la diagnosi ambulatoriale, che va confermata con la determinazione di HCV-RNA (PCR). Inoltre attraverso l'elastometria (Fibroscan) è possibile stadiare l'epatopatia, determi-

nando la fibrosi ed anche il grado d'ipertensione portale, in 5 minuti durante la visita medica.

- Tutti i soggetti con viremia devono essere informati sui rischi di mantenere un'infezione attiva (possibilità di contagio ai partners sessuali o attraverso il sangue ed evoluzione dell'epatopatia verso forme di cirrosi e complicanze, specialmente HCC) e vanno avviati al trattamento con la terapia orale, di durata breve (8-12 settimane) e praticamente priva di effetti collaterali, se seguita in centro epatologico terziario, in collaborazione con il MMG.

Si ringraziano tutti i Colleghi Co-Autori che hanno contribuito allo studio.

Per altre informazioni, scrivere alle seguenti mail:

ambulatorio.epatologico@aopd.veneto.it

liliana.chemello@unipd.it



QR code, per Open Access alla pubblicazione presentata e discussa in questo intervento.



Piattaforme digitali per la promozione della salute nella popolazione anziana

Il portale IN-FORMA dell'Università di Padova



Prof.ssa Alessandra Buja
Specialista in igiene
e medicina preventiva
Università degli Studi di Padova

L'aumento dell'aspettativa di vita e la diminuzione del tasso di natalità hanno determinato una crescita significativa della popolazione anziana, con ripercussioni importanti sulla sostenibilità del sistema sanitario e sociale. Infatti, con l'aumento dell'aspettativa di vita e il rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non attiva, tenderà ad aumentare anche l'onere socioeconomico correlato alla cura, all'assistenza e alle spese previdenziali destinate agli anziani, causando il cosiddetto longevity shock, recentemente sottolineato dal Fondo Monetario Internazionale¹. Ciò che impressiona maggiormente nel panorama del XXI secolo è la significativa redistribuzione demografica che si prevede, con una proiezione secondo la quale entro il 2050 la quota di persone anziane si raddoppierà, passando dall'11% al 22% della popolazione totale². Nei prossimi cinque anni, per la prima volta nella storia dell'umanità, il numero di individui di età pari o superiore a 65 anni supererà quello dei bambini di età inferiore a

5 anni e, secondo i dati di Eurostat³, entro il 2050 circa il 30% della popolazione europea avrà più di 65 anni, rendendo imperativo riformare le politiche sanitarie con un'attenzione crescente alla prevenzione e alla promozione della salute.

Infatti, la maggior parte delle condizioni di disabilità nella popolazione è attribuibile alla progressione delle malattie croniche. La loro gestione, inoltre, rappresenta la voce di spesa più significativa per il Servizio Sanitario Nazionale italiano, assorbendo circa l'80% delle risorse sanitarie complessive e costituendo una delle principali sfide per il sistema sanitario⁴. Tali condizioni sono almeno in parte prevenibili mediante la modifica dei fattori di rischio comportamentali. Pertanto, interventi sistematici di educazione sanitaria e promozione della salute e prevenzione⁵, basati su solide evidenze scientifiche, rivestono un ruolo strategico nel contenimento del peso delle malattie croniche e nel sostegno della sostenibilità dei sistemi sanitari universali.

In risposta a questa sfida, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha elaborato il paradigma dell'invecchiamento attivo, definito come «il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza, al fine di migliorare la qualità della vita delle persone anziane»⁶. Tale approccio pone al centro della pianificazione sanitaria la preservazione dell'autonomia funzionale e il potenziamento delle risorse individuali e collettive, superando la visione meramente reattiva e curativa della medicina tradizionale.

In conformità a questa prospettiva, la missione della sanità pubblica moderna consiste nel diffondere le migliori pratiche preventive basate su evidenze scientifiche all'intera popolazione target, impiegando altresì in modo equo e inclusivo le opportunità offerte dall'innovazione digitale⁷. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'eHealth come l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) per migliorare la salute, includendo molteplici applicazioni come la telemedicina e l'educazione sanitaria digitale⁸. Tra queste, le piattaforme web dedicate alla salute si sono consolidate come strumenti efficaci per diffondere informazioni affidabili a vaste popolazioni, superando le limitazioni geografiche e temporali delle comunicazioni tradizionali e possono migliorare la health literacy della popolazione⁹.

Tuttavia, l'efficacia di tali strumenti non è garantita e dipende da molteplici fattori: la qualità e l'affidabilità dei contenuti proposti, il loro livello di accessibilità – in particolare per utenti anziani o con basso livello di scolarità – e la capacità di tradurre le evidenze scientifiche in indicazioni operative comprensibili e applicabili nella vita quotidiana. Il portale IN-FORMA (<https://in-forma.dctv.unipd.it/>) si configura come un'iniziativa finalizzata alla trasmissione della conoscenza scientifica, sviluppata nell'ambito del programma di ricerca nazionale PNRR Age-It – Ageing Well in an Ageing Society –,

finanziato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza¹⁰. L'iniziativa si inserisce pienamente anche nella cosiddetta terza missione universitaria, ovvero nella responsabilità degli atenei di generare un impatto diretto e misurabile sulla società attraverso la divulgazione del sapere scientifico al di fuori dei contesti accademici¹¹. L'obiettivo principale del portale consiste nel supportare la popolazione anziana nel mantenimento di uno stato di buona salute, fornendo informazioni semplici, affidabili e basate su evidenze, che consentano di vivere in modo più sano, attivo e autonomo. La progettazione del portale si fonda su alcuni principi fondamentali che ne determinano l'identità e ne assicurano la pertinenza per il pubblico di riferimento, i quali verranno successivamente illustrati.

- 1) Evidenza scientifica come fondamento dei contenuti: tutte le informazioni e le raccomandazioni presenti sulla piattaforma sono elaborate sulla base di una revisione sistematica della letteratura scientifica internazionale, con l'obiettivo di garantire l'affidabilità delle fonti;
- 2) Accessibilità linguistica e cognitiva: i contenuti sono redatti adottando un linguaggio chiaro e strutturato in modo da facilitare la comprensione anche da parte di utenti non specialisti, in linea con i principi del *plain language* applicato alla comunicazione sanitaria;
- 3) Organizzazione tematica sistematica: i contenuti sono strutturati in aree tematiche
 - a) Promozione della salute: questa sezione raccoglie raccomandazioni basate su evidenze relative ai principali determinanti di salute nella popolazione anziana, includendo l'attività fisica regolare, l'igiene del sonno, l'adesione alla dieta mediterranea, il mantenimento dell'impegno sociale e del capitale sociale, il ruolo degli animali da compagnia, la partecipazione ad attività culturali, l'ambiente urbano e la dimensione spirituale;

- b) Prevenzione primaria non farmacologica: questa sezione fornisce indicazioni operative volte alla prevenzione di alcune tra le condizioni più frequenti e invalidanti tra gli anziani, quali la sarcopenia, le cadute, le ulcere da pressione, il deterioramento cognitivo, gli incidenti domestici, la stipsi e l'incontinenza urinaria;
- c) Prevenzione primaria farmacologica e tramite vaccinazioni: con l'obiettivo di promuovere la corretta adesione ai programmi di immunizzazione e alle terapie finalizzate a contenere i fattori di rischio metabolici;
- d) Prevenzione secondaria: questa sezione è dedicata agli screening oncologici e a quelli per le malattie croniche non trasmissibili, nonché agli strumenti di valutazione della salute mentale, che facilitano la diagnosi precoce e l'intervento tempestivo;
- e) Strumenti a supporto dell'autonomia: viene presentata una rassegna di ausili che possono assistere l'anziano nel mantenimento dell'indipendenza funzionale nella vita quotidiana;
- f) Attività e servizi presenti sul territorio: questa sezione fornisce una mappatura delle associazioni e dei servizi di interesse sociale dedicati agli anziani, operanti a livello nazionale, facilitando l'accesso alle reti di supporto comunitario e contrastando l'isolamento sociale.

Uno degli effetti più significativi attribuibili a piattaforme quali IN-FORMA riguarda il loro potenziale contributo al miglioramento della literacy sanitaria, ossia della capacità degli individui di acquisire, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base necessarie per assumere decisioni appropriate riguardo alla propria salute¹². Livelli insufficienti di literacy sanitaria sono associati a una minore aderenza ai comportamenti preventivi, a un utilizzo meno

appropriato dei servizi sanitari e, in ultima analisi, a peggiori risultati di salute¹³. La disponibilità di contenuti affidabili, chiari e facilmente accessibili permette agli utenti di sviluppare una maggiore consapevolezza dei determinanti della salute e dei comportamenti preventivi, favorendo una partecipazione attiva e informata nelle decisioni relative al proprio benessere. In tal senso, il portale IN-FORMA non si limita a svolgere una funzione meramente informativa, ma aspira a promuovere un cambiamento culturale orientato all'empowerment del cittadino anziano.

Tuttavia, nonostante il valore intrinseco della piattaforma web, la semplice disponibilità di informazioni non risulta sufficiente per garantire un cambiamento comportamentale duraturo, richiedendo interventi multidimensionali in grado di integrare il supporto informativo con un accompagnamento personalizzato e il rinforzo motivazionale¹⁴. Pertanto, tali informazioni devono essere supportate da un counseling da parte delle figure sanitarie di riferimento. In un'epoca in cui l'invecchiamento demografico pone sfide crescenti ai sistemi sanitari, l'investimento in piattaforme digitali di elevata qualità finalizzate alla promozione della salute si configura non soltanto come un'opportunità scientifica, ma anche come una necessità strategica. La sfida futura consiste nell'espandere la portata di tali strumenti, assicurandone l'accessibilità universale e integrandoli in ecosistemi di presa in carico e assistenza che pongano al centro l'individuo anziano nella sua interezza.

Note

- ¹ International Monetary Fund. Global financial stability report: the quest for lasting stability - 2012 (www.imf.org/External/Pubs/FT/GFSR/...).
- ² United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Highlights. New York: UN; 2025, <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>
- ³ Eurostat. Ageing Europe – Looking at the Lives of Older People in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.

- ⁴ Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.
- ⁵ 2014 The European House - Ambrosetti S.p.A. "The value of prevention for economic growth and the sustainability of healthcare, social care and welfare systems".
- ⁶ Active Ageing. A Policy Framework. World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002
- ⁷ DeSalvo KB, Wang YC, Harris A, Auerbach J, Koo D, O'Carroll P. Public Health 3.0: A Call to Action for Public Health to Meet the Challenges of the 21st Century. *Prev Chronic Dis*. 2017 Sep 7;14:E78. doi: 10.5888/pcd14.170017. PMID: 28880837; PMCID: PMC5590510.
- ⁸ <https://www.emro.who.int/health-topics/ehealth/>
- ⁹ Mastroianni F, Chen YC, Vellar L, Cvejic E, Smith JK, McCaffery KJ, Muscat DM. Implementation of an organisation-wide health literacy approach to improve the understandability and actionability of patient information and education materials: A pre-post effectiveness study. *Patient Educ Couns*. 2019 Sep;102(9):1656-1661. doi: 10.1016/j.pec.2019.03.022. Epub 2019 Mar 30. PMID: 30962076.
- ¹⁰ Age-It: Ageing Well in an Ageing Society. Una nuova alleanza per progettare soluzioni socio-economiche, biomediche e tecnologiche per un'Italia inclusiva verso tutte le generazioni. <https://ageit.eu/wp/>
- ¹¹ CRUI Il ruolo delle università per il progresso della società Dalla Terza missione alla Valorizzazione delle conoscenze
- ¹² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
- ¹³ Chesser AK, Keene Woods N, Smothers K, Rogers N. Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontol Geriatr Med*. 2016 Mar 15;2:2333721416630492. doi: 10.1177/2333721416630492. PMID: 28138488; PMCID: PMC5119904.
- ¹⁴ Ferreira R, Baixinho CL, Ferreira ÓR, Nunes AC, Mestre T, Sousa L. Health Promotion and Disease Prevention in the Elderly: The Perspective of Nursing Students. *J Pers Med*. 2022 Feb 18;12(2):306. doi: 10.3390/jpm12020306. PMID: 35207794; PMCID: PMC8876286.

Il Pronto Soccorso delle Olimpiadi/Paralimpiadi a Cortina 2026

Quando un insieme di professionisti diventa una squadra

Abstract

Contenuto

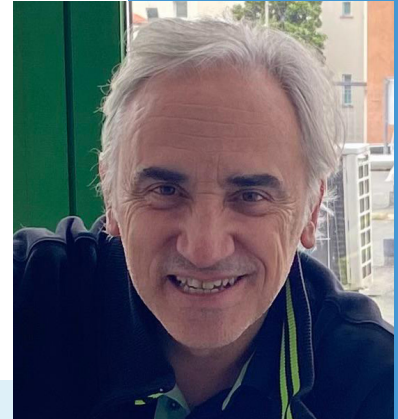
L'articolo analizza il modello gestionale del Pronto Soccorso di Cortina 2026, focalizzandosi sulla sinergia di operatori sanitari e non sanitari durante i 51 giorni di attività dell'evento olimpico e paralimpico.

Risultati ed evidenze

Dall'analisi emerge come l'integrazione orizzontale tra clinici, direzione sanitaria, informatici, logisti e mediatori culturali abbia superato i tradizionali "silos" professionali. L'adozione di un ciclo di briefing e de-briefing quotidiani, abbinato alla centralizzazione secondaria e alla flessibilità dei percorsi protetti, ha permesso di azzerare i tempi burocratici, mitigare lo stress del personale e gestire con successo sia i traumi complessi ad alta energia degli atleti d'élite sia la casistica ordinaria della famiglia olimpica.

Implicazioni pratiche

L'esperienza dimostra l'efficacia di una "cross-fertilizzazione" di competenze esportabile nella routine della medicina d'urgenza territoriale. Per i lettori e i programmatori sanitari, l'articolo offre un paradigma repli-



Dott. Vito Cianci

Direttore dell'UOC Accettazione e Pronto Soccorso
Specialista in medicina di emergenza e urgenza presso l'Azienda Ospedale Università di Padova

cabile di sanità di montagna resiliente, interconnessa, e tecnologicamente avanzata, capace di rispondere alle grandi emergenze e alle sfide della medicina del futuro.

La gestione dell'emergenza-urgenza sanitaria nei grandi eventi internazionali rappresenta da sempre un banco di prova straordinario, capace di coniugare rigore clinico, logistica complessa e profonda sensibilità umana.

Il presente articolo vuole disegnare il risultato di un'esperienza condivisa tra vari stakeholders coinvolti nella progettazione e messa in campo di un evento di rilevanza mondiale, in cui operatori di diversa estrazione e disciplina si sono trovati ad affrontare e gestire una macchina organizzativa non ordinaria con non pochi rischi e interrogativi.

Un'esperienza umana oltre il referto medico

L'attività messa in atto sul campo e all'interno del Pronto Soccorso (PS) di Cortina ha superato la dimensione puramente tecnica della prestazione sanitaria, mettendo in luce una pagina di profonda storia umana. Dietro ogni codice di priorità e ogni cartella clinica si sono incrociate le vicende personali, le speranze e i sacrifici di atleti provenienti da tutto il mondo, assistiti da un team multidisciplinare che ha saputo fare della sinergia il proprio punto di forza assoluto.

In quei 51 giorni, il PS di Cortina non è stato solo un luogo di cura ma un crocevia di destini mondiali concentrati in pochi metri quadrati. Le vite e l'attività di operatori sanitari al servizio delle Olimpiadi/Paralimpiadi si sono strettamente e indissolubilmente incrociate con le storie e le vicende umane e sportive degli atleti e di tutto il mondo della famiglia olimpica.

Ogni lesione, ogni trauma, ogni diagnosi fatta presso il PS di Cortina non è stato solo un referto medico ma una pagina di storia umana che tutti insieme, operatori e utenti, hanno avuto l'onore di vivere e condividere.

La complessità organizzativa ha richiesto il coordinamento strategico di molteplici figure: medici, infermieri, operatori socio-sanitari (OSS), autisti soccorritori, la Direzione Sanitaria ULSS I Dolomiti, la Task-force generale per il coordinamento delle emergenze, la Centrale SUEM di Belluno, la farmacia, i tecnici di laboratorio e informatici, il personale addetto alla logistica, alla reception, all'interpretariato e alle pulizie. Una collaborazione corale che ha dimostrato come la risposta all'emergenza non sia mai l'atto del singolo, ma il risultato di un'orchestra ben diretta.

La clinica dei grandi eventi: tra dramma, resilienza e sorrisi

La casistica clinica legata agli sport invernali d'élite è intrinsecamente complessa e, a volte, drammatica, caratterizzata da un "intreccio di storie di cadute" e traumi ad alta

energia cinetica. In questo contesto, i professionisti sanitari si sono trovati a gestire non solo la lesione fisica, ma anche il carico emotivo dell'atleta: la transizione repentina dalla gioia del podio potenziale alla frustrazione della sconfitta clinica o all'angoscia per il proprio futuro professionale.

Milano Cortina 2026 è stata anche il crocevia di sentimenti ed emozioni delle più diversificate, dalla gioia per una vittoria non pronosticata, al pianto per una sconfitta difficile da accettare, alla preoccupazione per uno stato di salute incerto, alla rinuncia per una gara attesa da 4 anni, alla rabbia per un epilogo inatteso, un contenitore multicolore di fragilità umana che ha coinvolto tutti.

Due casi emblematici riassumono perfettamente questa dicotomia:

- **La resilienza dell'atleta:** Il caso di un trauma occorso in pre-gara, dove la paura della diagnosi si è immediatamente trasformata, negli occhi dell'atleta, nella determinazione ferrea di voler tornare in pista a pochi giorni dall'infortunio ("Quando tornerò in pista?"). Un esempio di forza mentale che interroga e fortifica l'empatia della relazione medico-paziente. Tutto questo sintetizza la grande resilienza di questi atleti che si giocano una intera carriera concentrata nei pochi giorni della manifestazione, tutto questo si è incontrato ogni giorno nel volto, nelle parole, negli atteggiamenti di queste persone e ha contribuito sicuramente ad innalzare il valore etico del lavoro svolto e a fortificare l'empatia tra operatori e pazienti.
- **Storie di dramma e di sorriso:** il grave infortunio da ribaltamento del bob occorso a un promettente atleta lettone, durante i primi giorni di apertura del Policlinico olimpico. Una situazione che ha visto il rischio della perdita della mobilità risolversi positivamente grazie a un tempestivo e delicato intervento neurochirurgico e ortopedico, permettendo al giovane di essere dimesso in tempi record per riaggregarsi alla propria squadra.

In tutti questi scenari, la “centralizzazione secondaria” e la rapidità d'intervento sono state garantite da percorsi protetti e dalla cooperazione tra presidi, come il passaggio tempestivo dai centri di prossimità (il Policlinico Olimpico allestito nell'Ospedale Codivilla per atleti e famiglia olimpica e il Punto di Primo Intervento Putti di Cortina per tutti gli altri utenti) agli hub di primo o secondo livello (Belluno e Treviso).

punti di forza del modello organizzativo

L'analisi dei flussi di lavoro ha permesso di tracciare un bilancio estremamente positivo dell'esperienza, identificando pilastri metodologici che diventeranno patrimonio comune per la medicina d'emergenza del futuro:

- **Cross-fertilizzazione di competenze:** L'integrazione spontanea e virtuosa di protocolli e “trucchi del mestiere” tra il bagaglio tecnico accademico di un Hub di terzo livello con gli operatori provenienti dall'Azienda Ospedale-Università di Padova e la profonda conoscenza del territorio, delle patologie e strategie operative tipiche della medicina di montagna e dell'emergenza territoriale, rappresentata dagli operatori dell'ULSS 1 Dolomiti, è stato una sorta di fiore all'occhiello di questa macchina organizzativa.
- **Ciclo Briefing-Debriefing quotidiano** con tutti gli operatori, di volta in volta coinvolti nella turnistica, tra il PS e il Poliambulatorio del Policlinico Olimpico è stato un vero e proprio motore dell'omogeneizzazione delle cure. Gli incontri quotidiani hanno permesso di superare i “dialetti e le consuetudini aziendali”, strutturando giorno dopo giorno un vocabolario comune tra gli addetti ai lavori che si è cementato sotto la bandiera olimpica e paralimpica.
- **Flessibilità, resilienza ed “Effetto Famiglia”:** La capacità di adattarsi rapidamente a strutture e contesti logistici nuovi e a flussi di lavoro imprevedibili, mantenendo

un clima interno coeso e supportivo in grado di mitigare lo stress psicofisico degli operatori è stato un altro esperimento dall'esito non scontato. Tanto più dovendo operare in una realtà completamente nuova e con una popolazione di utenti sconosciuta, in numero, problematiche non solo cliniche, lingue e abitudini tra le più diversificate e senza avere la possibilità di accedere, come accade abitualmente durante le attività in emergenza, a fascicoli sanitari e profili identificativi delle principali problematiche di salute eventuali dei singoli pazienti.

Cosa rimane con la fine delle competizioni

Spenti i riflettori sulla vetrina a 5 cerchi e chiuso il 18 marzo il PS del Policlinico di Cortina, il valore più autentico dell'esperienza del Codivilla non si esaurisce con la fine delle competizioni. La vera missione delle Olimpiadi e Paralimpiadi di Cortina 2026 risiede nella “legacy”, un'eredità strutturale, professionale e umana che ridefinisce il futuro della sanità di montagna per l'intera Azienda ULSS 1 Dolomiti. I 51 giorni di pressione continuativa hanno funzionato come un formidabile acceleratore, lasciando sul campo un modello organizzativo d'avanguardia che resterà a disposizione dell'intera comunità delle prossime stagioni. Questo patrimonio si articola su 3 livelli strategici: in primis, i sistemi di Information Technology e la logistica d'urgenza testati durante l'evento rappresentano oggi uno standard digitale avanzato per la gestione dei flussi di pazienti tra sedi diverse, anche in condizioni non ordinarie; in secondo luogo, la crescita delle conoscenze e delle competenze: gli oltre 200 operatori che hanno ruotato dentro il PS sono tornati alle proprie attività quotidiane con un bagaglio unico in termini di stress management, gestione del trauma complesso in quota, aumentate conoscenze nella presa in carico di atleti paralimpici con vari gradi di disabilità e cooperazione inter-

nazionale. Infine, l'eredità più preziosa ed unica è il superamento dei "silos" professionali. I protocolli di integrazione multidisciplinare collaudati a Cortina – dove il personale della Direzione sanitaria in senso lato, della Farmacia, dell'Informatica, della Logistica, della Comunicazione, della Mediazione culturale, della Reception e della sezione Amministrativa hanno lavorato allo stesso ritmo dei clinici, distribuiti tra il PS e il sottostante piano del Poliambulatorio – diventa un paradigma esportabile nelle emergenze quotidiane. Cortina 2026 non è stata solo una parentesi di eccellenza temporanea ma la base-fondamenta su cui poggia una nuova idea di Medicina d'Urgenza territoriale:

interconnessa, resiliente e stabilmente protettata nel futuro.

C conclusioni

L'eredità di Milano-Cortina 2026 per la comunità sanitaria va ben oltre i dati statistici dei soccorsi effettuati. Ci consegna la prova tangibile che il rigore metodologico, se affiancato da un'autentica flessibilità operativa e da un forte senso di appartenenza a un team multidisciplinare, è capace di rispondere con eccellenza alle sfide più complesse della sanità moderna. Un modello organizzativo e umano da cui tutta la medicina d'emergenza-urgenza nazionale può e deve trarre ispirazione.

L'Esperienza di ORAS a Venezia

Riabilitazione, Resilienza e Inclusione Oltre le Mura

Box Abstract

L'articolo illustra l'iniziativa dell'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione (ORAS), struttura riabilitativa regionale che ha condotto pazienti con lesioni midollari nel cuore di Venezia. L'obiettivo primario è dimostrare l'eccellenza del percorso riabilitativo bio-psico-sociale, consolidando il ruolo di ORAS come polo di riferimento regionale. Sfidando pioggia e barriere architettoniche, i partecipanti hanno dato prova di straordinaria resilienza, incontrando il Presidente del Veneto e il Patriarca per sensibilizzare sull'accessibilità urbana. L'evento è il fulcro del progetto "La Cura oltre le Mura", che mira a trasformare il territorio in un'infrastruttura sociale inclusiva. Le evidenze raccolte confermano che il recupero non si esaurisce in clinica, ma necessita di un forte "community engagement" per garantire il reinserimento sociale e l'autonomia a lungo termine.

ORAS: Un Polo di Riferimento in Veneto per le Lesioni Midollari

L'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione (ORAS) di Motta di Livenza rappresenta un presidio di eccellenza e un solido punto di riferimento all'interno del sistema sanitario della Regione Veneto, distinguendosi per la sua vocazione consolidata nel trattamento clinico e nella cura dei pazienti affetti da lesione midollare e da disabilità neurologiche complesse. Il cuore pulsante dell'attività



Dott.ssa Orianna Romanello
Ospedale Riabilitativo
di Alta Specializzazione
di Motta di Livenza (TV)

Prof. Stefano Masiero
Medicina Fisica e Riabilitativa,
Ospedale Riabilitativo
di Alta Specializzazione
di Motta di Livenza (TV)



della struttura non si limita al mero recupero fisico e motorio, ma si fonda su una visione più ampia e profondamente integrata, definita dall'approccio "Bio-Psico-Sociale". Questo so-

fistificato modello metodologico si concentra, una volta superata la delicata fase di stabilizzazione clinica, sull'introduzione di percorsi psicologici mirati che coinvolgono non solo il paziente, ma anche il suo nucleo familiare, accompagnandoli passo dopo passo verso l'accettazione di una nuova condizione di vita e l'esplorazione di inedite forme di autonomia e indipendenza. L'obiettivo ultimo e più ambizioso del percorso, infatti, è quello di restituire alla società non un semplice paziente stabilizzato, ma un cittadino attivo, pienamente in grado di reinserirsi con dignità nel tessuto familiare, sociale, sportivo e lavorativo.

La Scelta di Venezia: Sfida Logistica e Metafora di Rinascita

È proprio all'interno di questa forte cornice valoriale che si inserisce la straordinaria iniziativa organizzata interamente da ORAS venerdì 15 maggio 2026: in continuità con i temi della Giornata Nazionale della persona con lesione midollare, un nutrito gruppo composto da pazienti attualmente ricoverati, ex pazienti, operatori specializzati del reparto di Riabilitazione Funzionale, rappresentanti del Comitato Direttivo, caregiver essenziali e portavoce di associazioni legate al mondo della disabilità - tra cui la FAIP e il Comitato Italiano Paralimpico - ha intrapreso un viaggio dal forte impatto emotivo e simbolico verso il cuore di Venezia. La

scelta della città lagunare non è stata affatto casuale: l'organizzazione complessa di questo evento ha richiesto di misurarsi direttamente con le ben note difficoltà poste dall'architettura unica al mondo di Venezia, una città che per sua natura intrinseca non favorisce l'accessibilità e rappresenta un vero banco di prova per chiunque si muova in carrozzina. Sebbene negli ultimi anni siano stati compiuti lodevoli passi in avanti per permettere anche alle persone con disabilità di poter godere della bellezza iconica e senza tempo di questo luogo, l'ambiente urbano veneziano richiede uno sforzo organizzativo e una determinazione fuori dal comune.

I Viaggio: Pioggia, vento e resilienza

Il viaggio ha avuto inizio con l'imbarco dall'isola del Tronchetto a bordo di un battello, messo generosamente a disposizione dalla società Alilaguna, mezzo grazie al quale il nutrito gruppo ha potuto approdare direttamente ai Giardini Reali, a pochissimi metri dalla celeberrima Piazza San Marco. Tuttavia, un inaspettato "colpo di coda" dell'inverno ha portato sulla laguna veneta pioggia battente e basse temperature durante l'intera mattinata. Tali condizioni meteorologiche avverse avrebbero potuto scoraggiare molti, ma non hanno fermato i pazienti e i loro accompagnatori, decisi a portare a termine la loro missione.

I Dialogo con le Istituzioni: Il Presidente Stefani e il Patriarca Moraglia

L'arrivo nella splendida e monumentale cornice di Piazza San Marco ha segnato l'inizio della fase istituzionale della giornata. Il gruppo, posizionatosi al riparo dalla pioggia sotto i portici delle Procuratie che circondano la piazza, è stato accolto da un anfitrione d'eccezione: il Presidente della Regione Veneto, Alberto Stefani. Questo incontro, svoltosi in un clima di grande informalità e vicinanza, ha permesso al Presidente Stefani di ascoltare in prima persona le toccanti testimonianze dirette dei pazienti, dei familiari, dei caregiver e dei rappresentanti delle associazioni presen-



ti. Durante l'incontro, la dottoressa Romanello ha ringraziato l'amministratore regionale per la sua preziosa presenza, approfittando dell'occasione per descrivere dettagliatamente le attività che vengono svolte in Ospedale e per portare all'attenzione della politica i temi inalienabili dell'indipendenza e dell'autonomia delle persone con lesione midollare.

Questo fondamentale momento di alto valore civico è stato seguito da una profonda esperienza spirituale. Il Presidente del Veneto ha voluto accompagnare il gruppo all'interno della meravigliosa e storica Basilica di San Marco. Lì, raccolti davanti all'altare della Madonna Nicopeia, i partecipanti sono stati raggiunti da Monsignor Francesco Moraglia, Patriarca di Venezia. Il Patriarca ha rivolto parole di saluto affettuose e attente, parlando a lungo della necessità di promuovere interventi strutturali che favoriscano costantemente autonomia e dignità. Monsignor Moraglia ha poi dedicato una preghiera al gruppo raccolto nella basilica simbolo della città lagunare. Al termine di questo momento capace di emozionare nel profondo tutte le persone coinvolte, il Patriarca ha voluto incontrare e salutare personalmente i convenuti, dedicando a ciascuno di loro una parola di commiato.

1 Progetto "La Cura oltre le Mura": Verso una Comunità Inclusiva

Questa spedizione pionieristica, ampiamente coperta dai media regionali, si integra in maniera organica e coerente con il nuovo e ambizioso progetto strategico denominato "La Cura oltre le Mura". Promosso attivamente da ORAS per il territorio Opitergino-Mottense, questo progetto possiede la chiara aspirazione di diventare un modello virtuoso replicabile non solo in Veneto, ma anche a livello nazionale ed europeo. L'iniziativa si fonda sull'assunto fondamentale che "la medicina cura, l'umanità guarisce" e riconosce che la complessa riabilitazione neurologica non è affatto un evento isolato destinato a esaurirsi al momento delle dimissioni ospedaliere: al contrario, essa rappresenta un'esperienza conti-

• Superamento dei Confini Clinici:

L'efficacia della riabilitazione neurologica per le lesioni midollari richiede un'estensione dell'intervento ben oltre le mura ospedaliere, con l'obiettivo di reintegrare il paziente nel tessuto sociale.

• Affrontare la Realtà per Costruire Resilienza:

Esperienze sfidanti in contesti esterni, come il viaggio a Venezia, si rivelano tappe essenziali del processo terapeutico per consolidare l'autonomia acquisita.

• Inclusione e Validazione Scientifica:

Il passaggio da cura clinica a inclusione comunitaria (come nel progetto "La Cura Oltre le Mura") necessita di solide basi metodologiche e di misurazioni d'impatto accademico.

Take Home Message

nua, fluida, che si costruisce e si fortifica nel vissuto quotidiano, muovendosi agevolmente nei percorsi urbani, nei luoghi di lavoro e nelle innumerevoli reti relazionali e sociali.

Lavorando in stretta e continua sinergia con enti pubblici fondamentali come il Comune di Motta di Livenza e l'ULSS2, potendo contare sul prezioso contributo scientifico della Fondazione Ca' Foscari di Venezia, e coinvolgendo attivamente associazioni di categoria, realtà sportive, mondo della scuola e volontariato laico, ORAS intende creare opportunità tangibili affinché i pazienti possano inserirsi nella società come cittadini attivi. L'impresa veneziana non solo è stata fondamentale per promuovere vigorosamente i diritti inalienabili dei soggetti più fragili, ma ha anche dimostrato in modo inequivocabile che soltanto una comunità profondamente consapevole, formata, partecipata e intimamente solidale può fungere da vera e propria infrastruttura essenziale per garantire una guarigione che sia definitiva e duratura.

Obesità e dintorni



Dott. Mirto Foletto
Specialista Chirurgia Bariatrica
presso l'Azienda Ospedale
Università di Padova

SICOB
Eventi Regionali 2026
PADOVA

CONVEGNO MACROREGIONALE TRIVENETO
OBESITÀ E DINTORNI
Padova Aula Morgagni
Presidente Mirto Foletto

Con il patrocinio di

Azienda Ospedale
Università Padova

UNIVERSITÀ DI PADOVA

19 GIUGNO 2026

Il 19 giugno u.s. si è tenuto a Padova il Convegno Macro-Regionale Triveneto dal titolo “Obesità e Dintorni”, promosso dalla Società Italiana di Chirurgia dell’Obesità e delle Malattie Metaboliche (SICOB).

L’obiettivo primario del Convegno era la presentazione dello stato dell’arte delle diverse strategie terapeutiche disponibili nell’epoca di introduzione dei nuovi farmaci GLPI-agonisti, tra nuove procedure endoscopiche e nuove proposte chirurgiche. La presenza degli attori delle 3 Regioni coinvolte nel Convegno ha inoltre consentito di rappresentare in modo preciso la presa in carico dei pazienti nelle regioni di appartenenza, con un aperto confronto sui punti di forza e sulle criticità riportate dai vari ambiti territoriali.

L’Italia è il primo Paese al mondo a riconoscere ufficialmente per legge l’obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante (Legge Pella del 1 Ottobre 2025).

L’obesità colpisce circa il 10% della popolazione adulta della nostra Nazione, con una distribuzione regionale abbastanza uniforme.

Classicamente la distinzione tra obesità e sovrappeso è basata sull’indice di massa corporea (**BMI**), un numero ricavato da una semplice divisione di 2 parametri antropometrici, peso (espresso in **kg**) /altezza (espressa in m^2). Si parla di sovrappeso con $BMI - 25 \text{ kg/m}^2$ e di obesità con $BMI - 30 \text{ kg/m}^2$.

L’obesità è spesso associata a malattie croniche invalidanti quali il diabete di tipo II, la dislipidemia, l’ipertensione, la steato-epatite, aumenta il rischio di insorgenza di certi tipi neoplasie (utero/ovaio/mammella/colon...) e di mortalità cardiovascolare.

Per questo può essere considerata la “summa pathologica” del III Millennio, con gravissime ripercussioni sullo stato di salute e qua-

lità di vita della popolazione e di riflesso sulla spesa sanitaria e sociale.

La Regione Veneto è stata la prima in Italia a comprendere l'importanza di dare in questo senso delle risposte adeguate alla popolazione, approvando circa 10 anni fa le Rete Veneta Obesità (**RObV**) con lo scopo di organizzare e garantire livelli uniformi di assistenza nel territorio Regionale. L'impalcatura della RObV è sostenuta dal PDTA Regionale, che rappresenta il lessico comune dei Professionisti della Salute che in Veneto si occupano di questi soggetti.

Proprio per questo, la Sessione pomeridiana, presieduta da Azienda Zero, è stata dedicata alle attività della RObV con particolare attenzione alla programmazione dei lavori di stesura del nuovo PPDTA Regionale dell'Obesità dell'adulto per il quale la Regione del Veneto ha recentemente formalizzato un apposito gruppo di lavoro.

Per i partecipanti è stata complessivamente un'ottima occasione di verifica e crescita individuale e professionale che ha sfruttato un'atmosfera di discussione e confronto costruttivo.

La voce perduta della Divina Quando la disfonia è la spia di una malattia sistemica



Prof. Rosario Marchese-Ragona

Direttore UOSD Apnee notturne
e Disfagie AOUPD, Azienda
Ospedale-Università di Padova

Il caso di Maria Callas e l'ipotesi della dermatomiosite

cale progressivo, perdita del sostegno respiratorio, disfonia fluttuante, parziale risposta ai corticosteroidi – e il quadro oggi descritto nei pazienti con dermatomiosite a interessamento laringeo.

Implicazioni pratiche

Il caso invita a non liquidare la disfonia persistente come semplice esito di stress o abuso vocale, ma a considerarla, in presenza di altri segni sistemici, meritevole di un approfondimento multidisciplinare tempestivo.

Abstract **Obiettivo**

Rileggere il declino vocale di Maria Callas alla luce delle conoscenze attuali sulle manifestazioni laringee delle miopatie infiammatorie idiopatiche, valutando il ruolo della disfonia persistente come possibile spia precoce di malattia sistemica.

Contenuto

Per decenni il tracollo vocale della Callas fu attribuito a stress, dimagrimento e fattori psicologici. Un nostro studio pubblicato sul Journal of Voice propone una lettura alternativa: la dermatomiosite, rara connettivite autoimmune, potrebbe aver contribuito al progressivo deterioramento della funzione vocale della cantante. Il lavoro incrocia fonti storiche, testimonianze mediche dell'epoca e letteratura otorinolaringoiatrica e reumatologica.

Risultati

Emergono significative analogie tra i sintomi riferiti dalla cantante – affaticamento vo-

Introduzione

La voce è uno degli strumenti più complessi del corpo umano: la sua produzione dipende dall'integrità anatomica della laringe e del tratto vocale, dalla funzionalità del mantice polmonare, dall'efficienza neuromuscolare e da un raffinato coordinamento centrale. Non stupisce quindi che un'alterazione vocale persistente possa talvolta rappresentare il primo segnale di una patologia sistemica. Per il medico di medicina generale, il reumatologo, il neurologo e l'otorinolaringoiatra, la disfonia non è solo un sintomo locale della laringe: può essere il primo campanello d'allarme di una malattia sistemica ancora non riconosciuta, soprattutto quando si associa a segni apparentemente aspecifici come affaticabilità, debolezza muscolare o disfagia.

Pochi casi nella storia della medicina della voce hanno suscitato tanto interesse quanto

quello di Maria Callas (1923-1977), una delle più grandi interpreti della storia dell'opera. Il progressivo deterioramento della sua voce, manifestatosi nel pieno della maturità artistica, continua ancora oggi a interrogare medici, musicologi e appassionati. Per decenni il precoce declino vocale della cantante è stato attribuito al drastico dimagrimento, allo stress emotivo, all'intensità della carriera o a fattori psicologici, senza che nessuna di queste ipotesi riuscisse a spiegare compiutamente il quadro clinico osservato. Un recente studio condotto da specialisti dell'U.O.C. di Otorinolaringoiatria dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, in collaborazione con l'Istituto di Storia della Reumatologia dell'Università di Padova, e pubblicato sul *Journal of Voice*, ha rivalutato la vicenda clinica della Callas alla luce delle moderne conoscenze sulle miopatie infiammatorie idiopatiche. Il tema interessa da vicino i colleghi dell'Ordine: ricorda come un sintomo apparentemente banale e frequente nella pratica ambulatoriale, la raucedine persistente, meriti sempre un inquadramento clinico attento prima di essere derubricato a semplice esito di stress o abuso vocale.

Stato dell'arte e metodi

Lo studio ha integrato una revisione narrativa della letteratura otorinolaringoiatrica e reumatologica con l'analisi critica delle fonti storiche disponibili: documentazione medica dell'epoca, testimonianze dirette dei curanti, registrazioni audio e video delle esibizioni, e analisi foniatiche retrospettive. L'attenzione si è concentrata sulla dermatomiosite, rara malattia autoimmune del gruppo delle miopatie infiammatorie idiopatiche, classicamente nota per la debolezza muscolare prossimale e le manifestazioni cutanee tipiche. Negli ultimi anni, tuttavia, la letteratura ha documentato un numero crescente di casi con interessamento della laringe e della muscolatura respiratoria, nei quali la disfonia costituisce una manifestazione precoce, talora isolata, che

può precedere di mesi i sintomi sistemici più caratteristici.

Il coinvolgimento laringeo nella dermatomiosite può derivare dall'infiammazione dei muscoli intrinseci della laringe, da lesioni della mucosa cordale o dalla compromissione della muscolatura respiratoria, essenziale per il sostegno della voce professionale. In alcuni casi descritti in letteratura la compromissione vocale ha preceduto la comparsa della debolezza muscolare clinicamente evidente, rendendo il sintomo laringeo una delle prime spie della malattia.

Sul piano pratico, questi elementi hanno una ricaduta diretta per chi lavora fuori dagli ambulatori specialistici di laringologia. Il medico di medicina generale è spesso il primo interlocutore di un paziente con voce roca da settimane, e la tentazione di rassicurare senza approfondire è comprensibile quando l'esame obiettivo generale risulta negativo. Il caso Callas, insieme ai dati di letteratura più recenti, suggerisce invece un basso indice di sospetto per una disfonia che si protrae oltre le due-tre settimane, specie se il paziente riferisce anche facile affaticabilità, difficoltà a salire le scale, ad alzarsi dalla sedia o a



Foto 1 – Maria Callas durante la trasmissione televisiva *Small World* (1958).

Fotografia di pubblico dominio



Foto 2 – Maria Callas e Giuseppe Di Stefano all'aeroporto di Schiphol il 9 dicembre 1973, durante la tournée d'addio della cantante
Fotografia Anefo, pubblico dominio

sollevare le braccia sopra la testa: segni di debolezza prossimale che, insieme alla voce, possono precedere di mesi la diagnosi conclamata di dermatomiosite o di altre miopatie infiammatorie.

Risultati

Nel 1975 Maria Callas fu visitata dal Prof. Mario Giacobazzi, Clinico Medico dell'Università di Roma, che documentò, oltre alla debolezza generale, alterazioni cutanee violacee al collo e al torace e lesioni alle mani compatibili con eritema eliotropo e papule di Gottron, reperti tipici della dermatomiosite. La terapia corticosteroidica prescritta permise un parziale recupero della funzione vocale. Solo anni dopo, leggendo un caso pubblicato nel 2002 su *The Lancet* relativo a una paziente con dermatomiosite esordita con disfonia prolungata, lo stesso Giacobazzi collegò retrospettivamente quell'osservazione ai sintomi rilevati nella cantante e riferì tale ipotesi diagnostica in un'intervista ad un quotidiano nazionale. La cronologia clinica appare significativa: i primi segni di instabilità vocale comparve-

ro attorno ai 36 anni, quando la Callas era ancora all'apice della carriera; negli anni successivi il deterioramento coinvolse progressivamente il registro acuto, la stabilità dell'intonazione, il vibrato e soprattutto il sostegno respiratorio, fino alla sostanziale cessazione dell'attività operistica poco dopo i quarant'anni, età eccezionalmente precoce per un soprano di quel livello. Le analisi foniatriche retrospettive e delle esibizioni filmate hanno documentato instabilità dell'intonazione nel registro acuto, difficoltà a mantenere le note lunghe, irregolarità del vibrato, attacchi vocali più duri, riduzione del legato e una progressiva modificazione della meccanica respiratoria, con crescente uso della muscolatura accessoria e riduzione del supporto diaframmatico. Colpisce in particolare il carattere fluttuante del deficit, con serate vocalmente eccellenti alternate ad altre profondamente compromesse: una variabilità poco compatibile con una semplice usura vocale, più coerente con l'andamento oscillante di una malattia infiammatoria autoimmune. La stessa Callas descriveva il problema principale non come un difetto delle corde vocali, ma come perdita della forza necessaria a sostenere il canto, insistendo su riduzione del sostegno diaframmatico, della resistenza respiratoria e dell'endurance vocale.

Analisi critica

È doveroso sottolineare che nessuna diagnosi definitiva è formulabile a posteriori: la Callas rifiutò alcuni approfondimenti oggi considerati fondamentali e non esistono dati laboratoristici o strumentali sufficienti per una conferma certa. L'ipotesi della dermatomiosite resta quindi una ricostruzione retrospettiva, fondata sulla convergenza di elementi clinici, storici e fisiopatologici. Tuttavia la compatibilità tra i sintomi riferiti, le osservazioni dei medici curanti e le moderne conoscenze sulle manifestazioni laringee della malattia rende questa interpretazione clinicamente plausibile,

pur nei limiti propri di ogni diagnosi storica retrospettiva.

Il valore del caso va oltre l'interesse aneddotico o storico-musicale. Esso ricorda ai clinici come la voce possa costituire un autentico biomarcatore di malattia sistemica, e come la tendenza ad attribuire una disfonia persistente allo stress, all'età o all'abuso vocale possa ritardare il riconoscimento di patologie neurologiche, neuromuscolari o autoimmuni potenzialmente trattabili. Per i medici dell'Ordine, in particolare per chi opera in medicina generale o in ambito otorinolaringoiatrico, il messaggio operativo è chiaro: una disfonia che persiste oltre le due-tre settimane, specie se fluttuante o associata a segni di affaticabilità muscolare, giustifica un approfondimento laringoscopico e, quando indicato, un inquadramento reumatologico multidisciplinare tempestivo.

Nella pratica quotidiana, il percorso suggerito è semplice: un'anamnesi mirata che indaghi, oltre alle caratteristiche della disfonia, anche segni extralaringei come mialgie, debolezza prossimale, disfagia o lesioni cutanee sospette; un esame laringoscopico o, quando disponibile, videolaringostroboscopico; e, in presenza di elementi sospetti, l'invio tempestivo al reumatologo. Questo approccio multidisciplinare, che unisce otorinolaringoiatra, reumatologo e, quando necessario, neurologo e pneumologo, rappresenta il reale insegnamento pratico che il caso storico della Callas può offrire alla medicina di oggi.

- La disfonia persistente non è sempre espressione di una patologia laringea locale: può essere il primo segnale di una malattia sistemica ancora non riconosciuta.
- Le miopatie infiammatorie idiopatiche, in particolare la dermatomiosite, possono esordire con alterazioni della voce anche prima della comparsa della debolezza muscolare clinicamente evidente.
- Nei professionisti della voce il deterioramento della performance vocale può costituire un segnale clinico estremamente precoce, da non liquidare frettolosamente come semplice usura, età o stress emotivo.
- Una valutazione mediante laringoscopia o videolaringostroboscopia, integrata da un inquadramento reumatologico, neurologico e pneumologico quando indicato, consente diagnosi più tempestive e trattamenti più efficaci, con ricadute positive sulla prognosi e sulla qualità di vita del paziente.
- Il caso di Maria Callas dimostra come la rilettura critica di vicende cliniche storiche possa offrire insegnamenti tuttora utili per la pratica clinica quotidiana, in particolare per il medico di medicina generale e lo specialista che per primi raccolgono il sintomo.

Take Home Message

Bibliografia essenziale

- Marchese-Ragona R, Marson P, Lucrezia A, Zanoletti E, Restivo DA. Hoarseness and Dermatomyositis: Insights from the Historical Case of Maria Callas. *J Voice*. 2026 Jun 4:S0892-1997(26)00238-9.
- Epron JP, Sarfati J, Henrich N. Callas ou la trajectoire du météore. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2010;131:35-8.
- Giacobuzzo M. Interview of Mario Giacobuzzo with Margherita De Bac. *Corriere della Sera*. 2002 Oct 13:35.
- Herzinger T, Schorling S, Röcken J, Röcken M. A hoarse voice. *Lancet*. 2002;359:1308.
- Nagano H, Matsumoto H, Kurono Y. Dysphonia in polymyositis/dermatomyositis in adults. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2023;75:760-4. doi:10.1007/s12070-022-03240-9.
- Weinreb SF, Piersiala K, Hillel AT, Akst LM, Best SR. Dysphonia and dysphagia as early manifestations of autoimmune inflammatory myopathy. *Am J Otolaryngol*. 2021;42:102747.
- Wood MW, McNeill E, Mims JW, Wright SC Jr. Dysphonia and dermatomyositis: an unusual manifestation. *Laryngoscope*. 2013;123:460-2.

Laboratorio qualità e sicurezza



Dott.ssa Ilenia Mezzocolli
Coordinatrice Commissione
Comunicazione Istituzionale

Il peso invisibile della qualità

In sanità la qualità non è un semplice insieme di adempimenti, né un esercizio formale di conformità. È, prima di tutto, un modo rigoroso e consapevole di esercitare la professione medica. Significa riconoscere che ogni attività, anche la più semplice, contribuisce direttamente alla sicurezza, alla continuità e all'affidabilità delle cure che offriamo ogni giorno.

Gran parte di ciò che garantisce la qualità e la sicurezza dei servizi rimane invisibile, perché coincide con ciò che non accade: un errore evitato, un ritardo prevenuto, un'informazione trasmessa con precisione durante un passaggio di consegne. La solidità quotidiana dei servizi sanitari si fonda proprio su questa trama silenziosa di gesti: controlli eseguiti con rigore, verifiche puntuali, decisioni ponderate, attenzione costante ai dettagli. Azioni che raramente finiscono sotto i riflettori, ma che rendono possibili cure tempestive, efficaci e sicure.

Procedure, verifiche, documenti e indicatori sono strumenti indispensabili per orienta-

re le organizzazioni verso il miglioramento continuo. Non rappresentano però il fine del nostro agire. Sono il linguaggio attraverso cui un'organizzazione sceglie di prendersi cura delle persone con metodo, responsabilità e trasparenza. Dietro ogni eccellenza clinica esiste sempre una rete invisibile fatta di organizzazione, confronto, formazione, monitoraggio e miglioramento continuo: un processo che consente al sistema di imparare dalla propria esperienza e di evolvere nel tempo.

Questo rigore metodologico ed etico si traduce in risultati concreti. La qualità si misura nella capacità di garantire diagnosi tempestive, trattamenti appropriati, percorsi assistenziali sicuri e continui, riducendo il rischio di errori, ritardi e complicanze. Gli indicatori non servono soltanto a misurare le performance, ma a comprendere dove migliorare, promuovendo un uso appropriato delle risorse e una cultura orientata alla prevenzione delle criticità piuttosto che alla loro correzione.

La qualità nasce dunque innanzitutto da una scelta professionale: la disponibilità a mettere in discussione i propri processi, a confrontarsi con gli altri e a condividere conoscenze ed esperienze. Non è un'attività aggiuntiva né un peso burocratico, ma una componente essenziale dell'identità professionale. Per il medico significa coniugare l'autonomia clinica con la responsabilità verso il paziente

Laboratorio Qualità e Sicurezza: Il Valore dei Gestì Invisibili

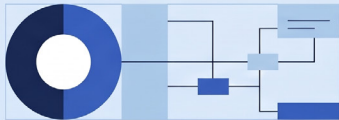
L'Essenza della Qualità: Il Peso dell'Invisibile

La Qualità come Identità Professionale

Non è un compito aggiuntivo, ma il modo corretto di esercitare la professione quotidiana.

Il Valore di ciò che "Non Accade"

La sicurezza si fonda su errori evitati, ritardi prevenuti e informazioni trasmesse correttamente.

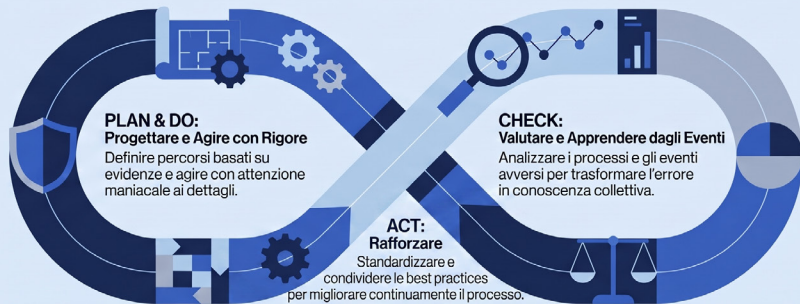


Coerenza tra Procedure e Comportamenti

La fiducia del paziente nasce dall'allineamento tra i protocolli scritti e le azioni reali.



PDCA (Plan, Do, Check, Act) sottende il tuo processo clinico



Confronto: Visione Formale vs. Visione Professionale (Laboratorio)

Visione Formale	Visione Professionale (Laboratorio)
Focus: Adempimenti e norme	Focus: Gestì invisibili e sicurezza
Metodo: Conformità burocratica	Metodo: Miglioramento continuo (PDCA)
Obiettivo: Documentazione	Obiettivo: Tutela della salute e fiducia

NotebookLM

e verso il buon funzionamento dell'intero sistema sanitario.

Chi si affida ai servizi sanitari porta con sé fragilità, aspettative e domande. Non conosce la complessità organizzativa che sostiene il proprio percorso di cura, ma compie un atto di fiducia, affidando agli operatori la propria salute. Questa fiducia richiede coerenza tra ciò che le organizzazioni dichiarano e ciò che realmente fanno: tra le procedure scritte e i comportamenti quotidiani.

Lavorare secondo i principi della qualità significa quindi agire con rigore anche quando nessuno osserva, mantenere alta l'attenzione quando la routine rischia di prendere il sopravvento e ricordare che ogni procedura

esiste per proteggere le persone prima ancora che il sistema.

La qualità in sanità possiede una caratteristica singolare: quando funziona viene spesso data per scontata. È quando viene meno che il suo peso diventa improvvisamente evidente.

Questa rubrica "Laboratorio Qualità e Sicurezza" vuole rendere visibile proprio ciò che normalmente rimane sullo sfondo: esperienze, strumenti e buone pratiche che alimentano la cultura della qualità e della sicurezza delle cure. Perché dietro ogni cura efficace esiste sempre un lavoro silenzioso che merita di essere conosciuto, condiviso e valorizzato.

Analisi in real practice delle possibili interazioni degli antibiotici nei pazienti trattati con Immune Checkpoint Inhibitors (ICIs)



Dott.ssa Marina Coppola
Direttore UOC -Farmacia IOV

Abstract Contesto

L'antimicrobico-resistenza (AMR) è una severa minaccia alla salute globale: in Europa causa oltre 35.000 decessi annui e l'Italia rischia il primato di mortalità entro il 2050 [1]. In linea con il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PN-CAR) [4], questo progetto implementa i principi della Antimicrobial Stewardship in oncologia.

Risultati

L'uso improprio di antibiotici riduce la diversità del microbiota ed elimina i commensali benefici [2,3], alterando l'omeostasi immunitaria e compromettendo la risposta ai farmaci antitumorali, specie nell'immunoterapia [3]. L'analisi retrospettiva condotta ha confermato il dato: un'esposizione prolungata agli antibiotici può compromettere l'efficacia dell'immunoterapia, con impatto sulla sopravvivenza mediana (OS) e la sopravvivenza libera da progressione (PFS) rilevata.

Implicazioni pratiche

Si ritiene fondamentale garantire al paziente un'informazione adeguata, avvalendosi di un approccio multidisciplinare e di canali di comunicazione multimediali quali podcast, fumetti, videointerviste. Tali strumenti contribuiscono a ridurre l'asimmetria informativa medico-paziente, favoriscono l'alleanza terapeutica e promuovono un uso appropriato degli antibiotici, contribuendo così a preservarne l'efficacia.

Introduzione

A fronte di un drammatico scenario epidemiologico, che vede l'Italia esposta al più alto tasso di mortalità in Europa per infezioni da batteri multiresistenti entro il 2050 secondo le proiezioni dell' Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) OCSE [1], l'intersezione tra l'antimicrobico-resistenza (AMR) e l'oncologia assume i contorni di una emergenza assistenziale. Il legame biologico tra l'efficacia dell'immunoterapia oncologica e l'integrità del micro-

biota intestinale è oggi al centro del dibattito scientifico internazionale.

L'uso improprio, indiscriminato e non selettivo degli antibiotici distrugge l'omeostasi di questo delicato ecosistema, eliminando i batteri commensali benefici. Tale alterazione, nota come disbiosi, compromette l'omeostasi immunitaria dell'ospite e nelle esposizioni prolungate a farmaci antibiotici può essere compromessa la risposta terapeutica ai farmaci antitumorali, in particolare agli inibitori dei checkpoint immunitari (ICIs). L'antibiotico-resistenza (AMR) rappresenta una minaccia crescente per l'efficacia delle terapie oncologiche, imponendo una revisione delle strategie prescrittive e assistenziali. In questo contesto, la principale sfida consiste nel conciliare l'appropriatezza dell'impiego degli antibiotici con la salvaguardia del microbiota del paziente, trasformando l'educazione terapeutica in uno strumento di precisione. Questo tema ridefinisce profondamente la responsabilità prescrittiva e assistenziale: richiede il superamento della tradizionale frammentazione tra discipline per adottare un approccio One Health, che implica un'efficace sinergia multidisciplinare. In questo nuovo paradigma, il counseling non costituisce esclusivamente un'attività informativa, ma si configura come un intervento terapeutico volto a promuovere l'aderenza ai trattamenti, sostenere un uso appropriato degli antibiotici, ridurre il rischio di tossicità e preservare l'efficacia delle terapie antineoplastiche e antimicrobiche.

Corpo dell'articolo
In questo scenario si inserisce il progetto di ricerca dell'Istituto Oncologico Veneto "Analisi in real practice delle possibili interazioni degli antibiotici nei pazienti trattati con immune checkpoint inhibitors (ICIs)" che nasce dall'esigenza clinica di tradurre le evidenze della letteratura e gli obiettivi strategici del PNCAR 2022-2025 [4] in azioni concrete di Antimicrobial Stewardship ("Prescrizione Responsabile") all'inter-

no dei percorsi oncologici. L'obiettivo è duplice e sinergico: contrastare l'AMR a livello sistemico e preservare l'efficacia dei trattamenti antitumorali a livello individuale.

Il progetto di ricerca è stato strutturato secondo un modello operativo in tre fasi sequenziali e fortemente interconnesse tra di loro:

1. Analisi Retrospectiva

La prima fase ha previsto la conduzione di un'analisi retrospectiva su una vasta coorte di pazienti oncologici affetti da diverse neoplasie solide e sottoposti a trattamento oncologico appartenente alla categoria degli ICI. In questa analisi è stata studiata l'esposizione antibiotica nel periodo concomitante al trattamento oncologico, valutando quantitativamente l'impatto di tale esposizione sugli outcome clinici di sopravvivenza complessiva (*Overall Survival*, OS) e di sopravvivenza libera da progressio-

ANTIBIOTICO SICURO

8 REGOLE FONDAMENTALI PER UN USO CORRETTO DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA

- Smaltimento dell'antibiotico**
GETTA LE CONFEZIONI DI ANTIBIOTICI INUTILIZZATE O SCADUTE NEGLI APPOSTI CONTENITORI SITUATI VICINO ALLE FARMACIE.
- Antibiotico e raggi solari**
EVITA L'ESPOSIZIONE AL SOLE DURANTE LA TERAPIA ANTIBIOTICA. PUÒ COMPORTARE FASTIDIOSE REAZIONI CUTANEE.
- Antibiotico e influenza**
SE HAI L'INFLUENZA, NON ASSUMERE L'ANTIBIOTICO INUTILMENTE E CONSULTA IL MEDICO.
- Non antibiotici grazie ai vaccini**
LA VACCINAZIONE PUÒ PREVENIRE ALCUNE INFEZIONI BATTERICHE E RIDURRE L'USO DEGLI ANTIBIOTICI.
- Antibiotici e animali**
NON SOMMINISTRARE GLI ANTIBIOTICI AD ANIMALI DOMESTICI SENZA IL CONSENSO DEL VETERINARIO.
- La durata della cura antibiotica**
SEGUI SEMPRE I DOSAGGI E I TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE DEL MEDICO PER UNA TERAPIA SICURA ED EFFICACE.
- Puntualità nella cura antibiotica**
RISPETTA GLI ORARI DELL'ASSUNZIONE DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA INDICATI DAL MEDICO.
- La ricetta dell'antibiotico**
ASSUMI L'ANTIBIOTICO SOLO SU PRESCRIZIONE MEDICA.

La campagna informativa rientra tra le attività previste nell'ambito del Progetto Regionale di Farmacovigilanza promosso dall'Agenzia Italiana del Farmaco e dal Centro Regionale di Farmacovigilanza.

CONTATTI | UOC FARMACIA

PADOVA	CASTELFRANCO VENETO (TV)
📍 Ospedale Busonera 📍 via Galvani 64, Padova ☎ 049 821 5838 🕒 Dal lunedì al venerdì 8:30-16:30	📍 Ospedale San Giacomo 📍 via dei Caprai 10/2, Castelfranco Veneto ☎ 0423 421358 / 339 92910281 🕒 Dal lunedì al venerdì 8:30-16:30

Scopri di più

ne (*Progression-Free Survival*, PFS). I dati di prescrizione e di esposizione agli antibiotici sono stati ricavati dai flussi della farmaceutica territoriale, in collaborazione con le UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale delle Aziende Sanitarie di residenza dei pazienti. Questa analisi ha permesso di ottenere una caratterizzazione epidemiologica della popolazione assistita basata su dati di real-world, fornendo un quadro contestualizzato dei pattern prescrittivi e delle esposizioni agli antibiotici. Tali evidenze hanno costituito il presupposto per definire e giustificare l'implementazione di interventi di *Antimicrobial Stewardship* mirati nel setting oncologico.

2. Intervento Educazionale di 12 mesi

Sulla base dei dati emersi dall'analisi retrospettiva, è stata progettata e implementata una campagna informativa e formativa mirata, denominata "Antibiotico Sicuro". L'intervento ha previsto il coinvolgimento sia di professionisti sanitari (medici, infermieri, farmacisti) sia dei pazienti o dei loro caregiver. Per superare le limitazioni dei tradizionali strumenti di comunicazione scientifica e favorire una più ampia diffusione dei contenuti, sono stati adottati diversi canali e modalità comunicative, calibrati in funzione del target di riferimento:

- **Contenuti multimediali:** come video-interviste con specialisti e podcast dedicati sono stati pubblicati periodicamente sui canali social istituzionali per raggiungere il maggior numero possibile di utenti. I contenuti hanno approfondito il mondo degli antibiotici, concentrandosi su temi cruciali: il legame tra microbiota e immunoterapia, l'antimicrobico-resistenza, e l'importanza della vaccinazione e dell'igiene delle mani come strategie preventive. Particolare rilievo è stato dato alla necessità di assumere antibiotici solo su prescrizione medica e dopo un'attenta diagnosi, rispettando rigorosamente dosaggi, tempi e modalità di somministra-

zione, con un focus sulle possibili interazioni con cibo e altri farmaci.

- **Visual Communication:** Sviluppo di fumetti illustrati, concepiti per veicolare i principali messaggi della campagna attraverso un linguaggio visivo immediato, empatico e accessibile a tutta la popolazione.
- **Counseling Diretto sul Campo:** Attivazione di un servizio di consulenza dedicato e specifico direttamente presso lo sportello della distribuzione diretta dei farmaci in farmacia. Questo presidio ha rappresentato il punto chiave dell'intervento, permettendo di intercettare il paziente nel momento esatto della consegna della terapia antibiotica.

3. Fase Post-Intervento Educativo e Indicatori di Impatto

L'efficacia e l'impatto della campagna informativa verranno misurati attraverso un set di indicatori clinici, gestionali e comportamentali:

- **Indicatori di Consumo:** Monitoraggio dei consumi complessivi di antibiotici espressi in DDD (*Dose Definita Giornaliera*).
- **Indicatori di Appropriatezza (AWaRe):** Analisi dello shift prescrittivo tra le classi Watch (antibiotici a maggior rischio di induzione di resistenza, da limitare) e Access (antibiotici di prima scelta ad ampio spettro e minor potenziale di resistenza) secondo la classificazione ufficiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- **Indicatori Clinici e di Consapevolezza:** Valutazione del tasso di ri-prescrizione inappropriata e misurazione del grado di reale comprensione dei pazienti tramite la somministrazione di questionari validati per il calcolo dell'awareness score sulla terapia antibiotica.

L'analisi retrospettiva ha confermato che l'esposizione prolungata agli antibiotici è un fattore rilevante da prendere in considerazione durante il percorso di cura del paziente oncologico. I dati hanno mostrato un importante

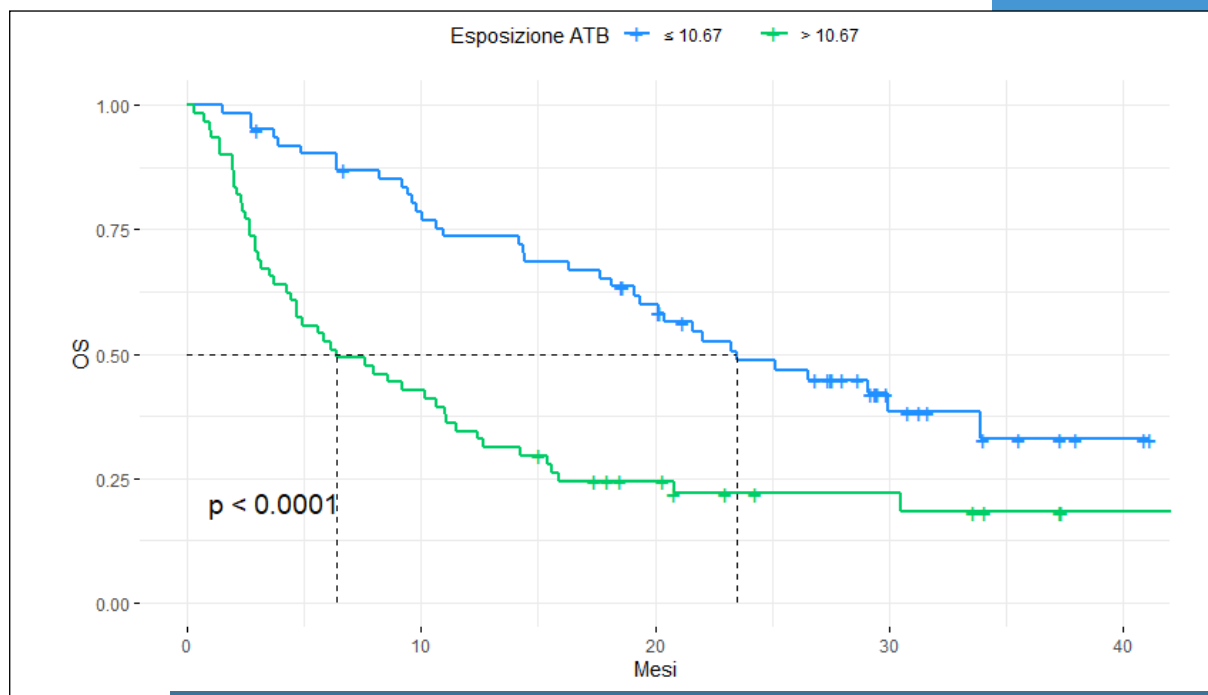


Figura 1 – OS calcolata sulla totalità della popolazione in studio, in relazione al grado di esposizione agli antibiotici (AE %)

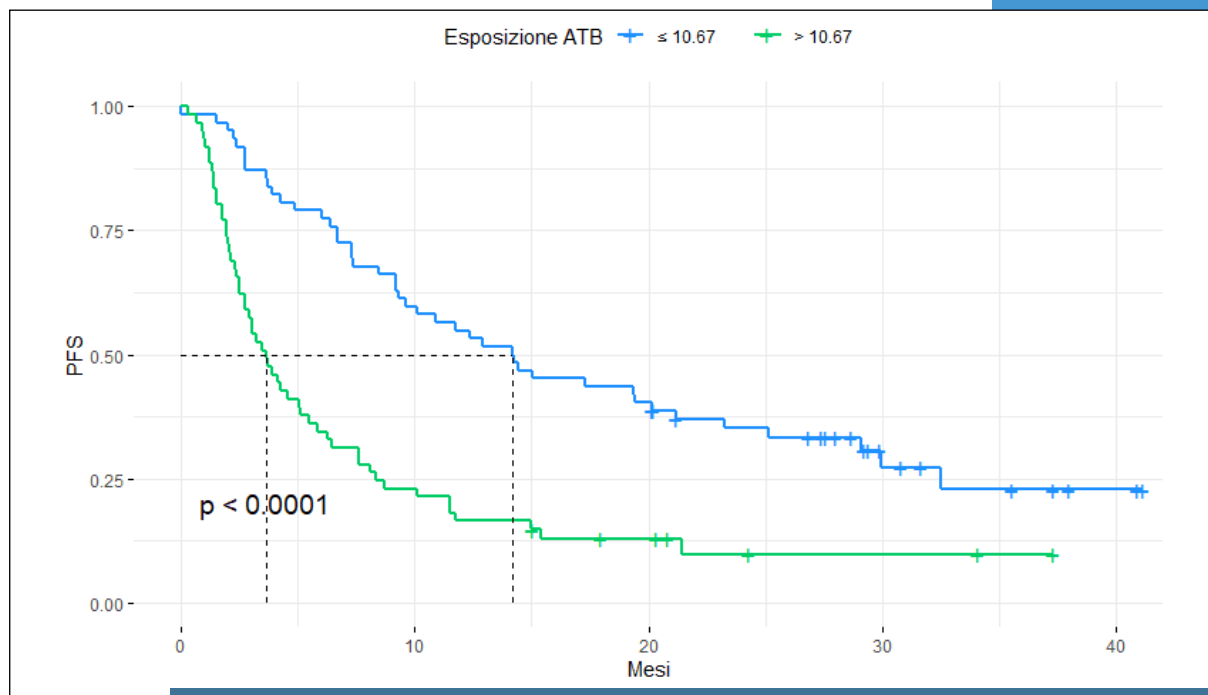


Figura 2 – PFS calcolata sulla totalità della popolazione in studio, in relazione al grado di esposizione agli antibiotici (AE %)

segnale, in quanto si è osservato che i pazienti con una prolungata esposizione agli antibiotici (AE > 10,67%) hanno registrato una minore sopravvivenza mediana (OS) di 6,4 mesi, contro il valore mediano di 23,5 mesi registrato nei pazienti con bassa o nulla esposizione (AE < 10,67%). Questo divario ha evidenziato una rilevanza statistica altamente significativa ($p < 0.0001$), confermando il potenziale impatto negativo della terapia antibiotica sulla prognosi del paziente, evidenziando la necessità di approfondire la tematica e di eseguire una rigorosa valutazione clinica prima di ogni prescrizione, nell'ottica di una gestione terapeutica quanto più mirata e appropriata. Questo dato numerico ha costituito la leva scientifica per guidare la successiva fase operativa e prescrittiva del progetto. Gli output concreti si traducono oggi in una serie di azioni cliniche standardizzate:



L'UOC Farmacia IOV
Sede di Padova



L'UOC Farmacia IOV
Sede di Castelfranco

- **Diagnosi di precisione e stewardship:** Implementazione di protocolli rigidi che impongono l'isolamento microbiologico prima della prescrizione, laddove possibile, per evitare trattamenti empirici a largo spettro non giustificati.
- **Ottimizzazione della terapia antibiotica:** Evitare sistematicamente l'uso di antibiotici per infezioni di chiara origine virale o come profilassi aspecifica non raccomandata dalle linee guida
- **Eradicazione del "fai da te":** Sensibilizzazione del paziente a non assumere mai antibiotici residui presenti nel domicilio e a considerare la prescrizione medica come l'unico binario terapeutico sicuro.
- **Massimizzazione dell'efficacia oncologica:** Riducendo al minimo il danno collaterale al microbioma intestinale, si preserva l'efficacia dell'immunoterapia, migliorando l'aderenza complessiva del paziente e riducendo l'incidenza di tossicità farmaco-correlate.
- **Il microbiota come alleato terapeutico:** Il microbiota intestinale non deve più essere considerato un semplice spettatore passivo del tratto digerente, bensì un vero e proprio organo immunologico funzionale da preservare. In quest'ottica, la creazione di una cultura diffusa sulle strategie per tutelarlo, prima fra tutte l'uso consapevole della terapia antibiotica, cessa di essere una mera misura di prevenzione igienico-sanitaria contro l'antibiotico-resistenza e diventa, a tutti gli effetti, un punto fondamentale di efficacia terapeutica oncologica. Preservare il microbiota significa proteggere la vita del paziente.
- **La sinergia multidisciplinare come scuola clinico:** L'approccio multidisciplinare e la sinergia d'azione tra oncologi, oncoematologi, infettivologi, farmacisti ospedalieri e territoriali, infermieri e medici di medicina generale costituiscono la strategia cruciale per promuovere l'appropriatezza e contrastare l'automedicazione. Questa alleanza professionale non si limita a un

coordinamento tecnico, ma consolida la fiducia del paziente nel “sistema salute”, dove il paziente sviluppa una maggiore responsabilizzazione, abbandonando le risposte autonome e imparando a rivolgersi sempre alla figura professionale di riferimento per qualsiasi dubbio terapeutico.

- **Oltre la clinica, la cultura tramite l'adozione di strategie comunicative:** Abbinare la rigidità e l'oggettività dei dati scientifici a strumenti di comunicazione al passo con i tempi come i fumetti illustrati, brevi video interviste, podcast rappresentano il vero cambio di paradigma del progetto. Questo approccio non standard promuove una profonda umanizzazione delle cure, abbate l'asimmetria informativa tra medico e paziente, favorisce la nascita di un'autentica alleanza terapeutica e permette alle raccomandazioni cliniche di uscire dalle corsie ospedaliere per radicarsi nel tessuto sociale e nella quotidianità della popolazione generale.

Riferimenti bibliografici

1. OECD. Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More. Paris: OECD Publishing; 2018. Available from: [oecd.org](https://www.oecd.org) [Accessed 28th June 2026].
2. Nobels A, van Marcke C, Jordan BF, Van Hul M, Cani PD. The gut microbiome and cancer: from tumorigenesis to therapy. *Nat Metab.* 2025 May 6;7(5):895-917.
3. Simpson RC, Shanahan ER, Scolyer RA, Long GV. Towards modulating the gut microbiota to enhance the efficacy of immune-checkpoint inhibitors. *Nat Rev Clin Oncol.* 2023 Oct;20(10):697-715.
4. Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025. Roma: Ministero della Salute; 2023.

La Landing page <https://www.ioveneto.it/antibioticosicuro/> è stata progettata per lo sviluppo della campagna di sensibilizzazione sull'uso corretto degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale. Realizzata grazie al lavoro di un team multidisciplinare, la pagina offre diversi contenuti multimediali: podcast, video-interviste, fumetti illustrati e una sezione FAQ con le risposte alle domande più frequenti.

- Prescrizione responsabile e diagnosi di precisione: è mandatorio azzerare le prescrizioni empiriche, non necessarie (es. per infezioni virali) e inappropriate. Ogni scelta terapeutica deve allinearsi rigorosamente alle Linee Guida internazionali e alle indicazioni di OMS, privilegiando i farmaci della classe Access rispetto a Watch per minimizzare il rischio di resistenze.
- L'integrazione tra oncologo, oncoematologo, infettivologo, medico di base e farmacisti ospedalieri e del territorio rappresenta un elemento chiave per il superamento della frammentazione assistenziale e per l'implementazione di efficaci programmi di Antimicrobial Stewardship. Tale collaborazione multidisciplinare favorisce l'appropriatezza prescrittiva, migliora l'accuratezza diagnostica e ottimizza la gestione delle infezioni nel paziente oncologico. Inoltre, il monitoraggio condiviso dei consumi di antibiotici e degli indicatori clinico-assistenziali consente di identificare precocemente eventuali criticità, supportando decisioni terapeutiche più appropriate, personalizzate e sicure. Parallelamente, un modello organizzativo integrato rafforza la continuità assistenziale e la presa in carico del paziente, promuovendo l'aderenza ai trattamenti e la fiducia nei confronti del percorso terapeutico.
- La comunicazione è cura: L'utilizzo di strumenti informativi innovativi e accessibili, come video-interviste e fumetti illustrati, è indispensabile per costruire una reale alleanza terapeutica, incrementare l'aderenza e ridurre le tossicità.

Take Home Message

Focus

Il nuovo Nomenclatore-Tariffario delle prestazioni odontoiatriche - CAO Padova



Dott. Marco De Berardinis
Presidente Commissione
Albo Odontoiatri Padova

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Padova comunica la recente pubblicazione del **Nomenclatore-Tariffario delle prestazioni odontoiatriche**, elaborato dalla componente odontoiatrica della Consulta medico-legale e presentato lo scorso 10 dicembre 2025, reso ora disponibile sul sito dell'Ordine per la consultazione.

Il documento nasce come riferimento tecnico a supporto della professione, con l'obiettivo di offrire un quadro sistematico e aggiornato, delle principali prestazioni odontoia-

triche corredate da un'indicazione dei valori medi di mercato rilevati sul territorio.

Non si tratta di un tariffario vincolante, ma di un parametro orientativo, concepito per favorire trasparenza, coerenza valutativa ed equilibrio nei rapporti tra professionisti, pazienti, enti assicurativi e fondi sanitari integrativi; a tal proposito si ricorda che la liberalizzazione introdotta dal D.L. 223/2006 (il cosiddetto "Decreto Bersani", poi convertito nella legge 248/2006), ha abolito i minimi tariffari nazionali, permettendo ai professionisti di applicare gli onorari ritenuti più opportuni, pur mantenendo l'obbligo di presentazione e accettazione da parte del paziente di un preventivo scritto e dettagliato.

Il progetto è stato integrato attraverso il confronto con altri professionisti dell'area del Triveneto, consentendo la formazione di uno strumento il più possibile rappresentativo delle dinamiche professionali ed economiche della suddetta area, rafforzandone così, l'affidabilità.

Il Nomenclatore si propone come semplice riferimento condiviso di immediata consultazione, utile anche in ambito medico-legale, amministrativo e assicurativo, contribuendo a ridurre ambiguità interpretative, disomogeneità di giudizio e possibili contenziosi, nel pieno rispetto dell'autonomia professionale dell'odontoiatra.



L'iniziativa si inserisce in un percorso più ampio di revisione e aggiornamento della codifica delle prestazioni odontoiatriche, a livello nazionale. Sempre nel dicembre 2025, infatti, la Commissione Albo Odontoiatri nazionale ha istituito un gruppo di lavoro incaricato di ridefinire il Nomenclatore, con l'obiettivo di superare le versioni precedenti e costruire uno strumento più coerente con la pratica clinica

contemporanea e conforme ai profondi cambiamenti tecnologici, organizzativi e assicurativi che stanno trasformando la professione. In questo contesto, il progetto promosso dall'Ordine di Padova rappresenta un contributo concreto e tempestivo e si propone come modello di riferimento per favorire maggiore uniformità e qualità nel sistema odontoiatrico.

ECM

ECM 2026-2028: alcune importanti novità

Dott. Davide Favero
Medico Odontoiatra

Nel precedente numero del Bollettino abbiamo illustrato le principali opportunità offerte dal nuovo triennio ECM 2026-2028, con particolare attenzione all'autoformazione e al dossier formativo. Nel frattempo sono intervenute ulteriori disposizioni che meritano di essere segnalate ai Colleghi, poiché incidono concretamente sulla programmazione del proprio percorso formativo.

La novità più importante riguarda il triennio 2023-2025. Molti professionisti consideravano ormai concluso il periodo utile per colmare eventuali carenze formative; la recente Delibera n. 1/2026 della Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha invece prorogato

al 31 dicembre 2028 il termine per completare l'obbligo ECM relativo a quel triennio. Sarà inoltre possibile effettuare lo spostamento dei crediti fino al 30 giugno 2029.

Resta confermato che l'obbligo formativo standard per il triennio 2026-2028 è pari a 150 crediti ECM. Tuttavia, come già evidenziato nel precedente articolo, numerosi professionisti potranno beneficiare di riduzioni significative. Agenas ha infatti confermato 30 crediti di riduzione per chi ha maturato tra 121 e 150 crediti nel triennio 2023-2025 e 15 crediti per chi ne ha acquisiti tra 80 e 120. Particolare rilievo continua ad avere il dossier formativo, che rappresenta oggi uno degli strumenti più vantaggiosi per la pianificazione della formazione. La sua costruzione consente infatti di ottenere una riduzione di 40 crediti nel caso del dossier individuale e di 30 crediti nel caso del dossier di gruppo, cui possono aggiungersi ulteriori benefici per i professionisti che abbiano già realizzato il dossier nel triennio precedente.

Fonte: "L'obbligo formativo per il triennio 2026-2028", Delibera n. 1 del 2026, Commissione Nazionale per la Formazione Continua

Riflessioni

Il dubbio nella vita

In ogni uomo mentalmente sano il pensiero si trasforma in ragione, perché il neocortex della corteccia cerebrale gli permette di avere coscienza di vivere, di comprendere che nella vita esiste un finalismo, di capire che ognuno di noi cerca una realizzazione, di scegliere un comportamento etico o meno, di sapere che tutto deve finire e che esiste un limite specie-specifico anche per il nostro esistere. È dunque un individuo che vive in un contesto sociale nel quale concorre a far valere queste convinzioni.

Tutte queste doti mentali esigono risposte alle tre domande fondamentali che derivano dalla razionalità e dalla spinta intellettuale cognitiva dell'uomo – a parte un modesto numero di persone che vive nell'indifferenza e nell'apatia verso tutti e verso il mondo in cui esiste. Tutti gli altri possono essere collocati in tre categorie.

La prima comprende coloro che vivono la propria esistenza senza porsi problemi, nella ricerca della tranquillità psicologica.

La seconda è rappresentata da quelli che, come i sacerdoti, si pongono domande ma, grazie alla loro impostazione mentale e alla preparazione teologica, sanno darsi risposte esaustive.

La terza, la più numerosa, comprende tutti coloro che, come me, si pongono domande e cercano risposte, ma lasciano un largo margine al dubbio. Sono esseri razionali che non accettano che il proprio credo offenda la propria ragione: uomini pensanti che cercano di costruire un finalismo coerente con le proprie idee. Vogliono vivere nella convin-

Prof. Giovanni Brigato
Medico Ginecologo

zione opposta a chi colloca fede e ragione su due pianeti diversi, perché se si toglie ai cieli l'eccedenza dell'infinito, cosa rimane all'uomo? Solo la strada aperta alla disperazione che, anche in senso etimologico, significa dis (negazione) e spes (speranza). L'uomo si affaccia allora nel buio della notte e pensa alla sofferenza della morte.

Diventa dunque necessario lasciare spazio alla fede – intesa non solo in senso religio-

Questa rubrica nasce come spazio aperto ai colleghi che desiderano condividere pensieri, dubbi ed esperienze che vanno oltre la pratica clinica quotidiana – riflessioni etiche, esistenziali, culturali, nate dal contatto con la vita, con la sofferenza, con le domande che la professione medica inevitabilmente pone, nella convinzione che la medicina sia anche un mestiere che invita a interrogarsi sul senso di ciò che si fa e si vive.

so, ma come fiducia nell'essenza della vita – perché ci chiediamo: alle nostre spalle c'è casualità o progetto? Ecco i due pianeti diversi; ecco il vero dilemma (dal greco “due lemmi”, cioè due proposizioni) che si pone all'uomo pensante: la scelta dell'una esclude l'altra.

In ogni caso, se la vita fosse affidata alla sola casualità, nel corso dei millenni condurrebbe al caos e, con esso, al regresso fino alla distruzione. Sembra sfuggire al caso, ad esempio, la progettualità finalistica di due microscopiche cellule che, unendosi, generano l'uomo: un organismo perfetto nella morfologia e, soprattutto, nella funzionalità neuromuscolare. Sembra sfuggire al caso anche la capacità di un piccolo seme di generare un albero maestoso, attraverso tutte le fasi di un percorso già stabilito. L'elenco di questi esempi sarebbe lungo e impossibile

da esaurire in questa sede. Ma è proprio su questa natura, in cui viviamo, che gli studiosi di ogni epoca conducono le loro ricerche scientifiche.

Da tutto questo nasce la proposta di un progetto strutturato, orientato verso la stabilità della vita sul nostro pianeta: frutto della razionalità e del finalismo, volto alla protezione di ogni essere vivente e dell'ambiente in cui vive – senza naturalmente cercare lo scontro che, attraverso i secoli, ha opposto ideologie, confessioni e politiche sociali. Nella speranza che, nel cosmo, i dubbi possano aiutare l'umanità a crescere e a scoprire nuovi, encomiabili confini.

Restano sempre attuali le grandi domande dell'uomo che ragiona: cosa c'è prima, cosa c'è dopo, cosa c'è oltre. È proprio in questo momento che il dubbio si scontra con la razionalità e con la fede.

ORARI DI APERTURA DELL'ORDINE

Dal lunedì al venerdì
dalle ore 10.00 alle ore 13.00
martedì e giovedì pomeriggio
dalle ore 15.00 alle ore 17.00



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHICI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PADOVA

Via S. Prosdocimo, 6/8 - 35139 Padova - Tel. 049 8718855
info@omco.pd.it - www.omco.pd.it

