



# BOLETTINO

ORDINE PROVINCIALE MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI PROVINCIA DI PAVIA

Anno XL • Spedizione in abb. postale 70% Pavia • Taxe Perçue Ordinario

N°. 3/2025 - Dicembre 2025

## **Il Consiglio dell'Ordine**

### **PRESIDENTE**

**Dott. Claudio LISI**

### **VICE PRESIDENTE**

**Dott. Giuseppe Di GIULIO**

### **TESORIERE**

**Dott. Tommaso MASTROPIETRO**

### **SEGRETARIO**

**Dott. Marco GIONCADA (Odontoiatra)**

### **CONSIGLIERI**

**Dott. Domenico CAMASSA (Odontoiatra)**

**Prof. Lorenzo COBIANCHI**

**Dott. Pasquale Ciro DE CATA**

**Dott. Giuseppe GIUFFRE'**

**Dott. Luigi MAGNANI**

**Dott. Alberto Matteo MARANGON**

**Dott.ssa Francesca MELISSANO**

**Dott.ssa Daniela MINO**

**Dott.ssa Federica LUCEV**

**Dott.ssa Maria Laura ROLANDI**

**Dott.ssa Barbara SPADARO**

**Dott. Gianluca VIARENKO**

## **Collegio dei Revisori dei Conti**

### **PRESIDENTE**

**Dott. Roberto BARBIERI**

### **COMPONENTI**

**Dott.ssa Antonella GUANZIROLI**

**Dott. Cesare LIBERALI**

**Dott.ssa Cristina SEGÙ (supplente)**

## **La Commissione Albo degli Odontoiatri**

### **PRESIDENTE**

**Dott. Domenico Camassa**

### **VICEPRESIDENTE**

**Dott. Marco Colombo**

### **CONSIGLIERI**

**Dott. Marco Gioncada**

**Prof.ssa Silvana Rizzo**

**Dott. Carlo Alberto Rossi**

## **Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pavia**

Periodico ufficiale di informazione, di aggiornamento e di dibattito dei Medici pavesi

### **Direttore Responsabile:**

**Giuseppe Di Giulio**

### **Responsabili di Redazione:**

**Claudio Testuzza, Gabriele Conta**

**Editrice:** Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pavia

(Via F. Gaffurio 15, 27100 Pavia)

Tel: 0382/473994 - Fax: 0382/466254

Sito internet: [www.ordinemedicipavia.it](http://www.ordinemedicipavia.it)

Email: [odm.bollettino@ordinedeimedicipavia.it](mailto:odm.bollettino@ordinedeimedicipavia.it)

Aut. Trib. Pavia n. 168 del 16/10/1970

### **Fotocomposizione e Stampa:**

Industria Grafica Pavese sas

Via San Giovannino 4/a

27100 Pavia PV

Tel: 0382.25392

[info@igpstamp.com](mailto:info@igpstamp.com)



# SOMMARIO

## **Editoriale del Presidente dell'Ordine** ... p. 3

*Gabriele Conta*

La festa dell'Ordine unisce le generazioni:  
emozioni e riflessioni al Borromeo,  
tra passato e futuro della professione ..... p. 4

*Redazione*

La telemedicina nel Servizio Sanitario ..... p. 6

*Sergio Harari*

Una costituente per la Sanità ..... p. 8

*Attilio Fontana*

Sanità, la svolta necessaria ..... p. 9

*Redazione*

Arrivano i nuovi LEA ..... p. 10

*Tommaso Mastropietro*

Oltre la metà del lavoro dei medici è burocrazia ..... p. 11

*Massimo Masetti*

Il medico di famiglia player della salute futura ... p. 12

*Redazione*

L'esodo dalla sanità in Lombardia ..... p. 14

*Redazione*

Approvata la nuova  
Rete Epato-Gastroenterologica ..... p. 15

*Gabriele Conta*

Prototerapia nel melanoma oculare:  
l'eccellenza del CNAO di Pavia  
nel trattamento conservativo ..... p. 16

*Mario Martina, Chiara Cerami*

La Scuola Universitaria Superiore IUSS e il nuovo  
paradigma delle neuroscienze cliniche:  
ricerca traslazionale e innovazione digitale  
per la prevenzione e cura delle malattie  
neuropsichiatriche ..... p. 18

*Carlo Francesco Tomasini*

L'approccio multidisciplinare nella dermatologia  
moderna: una risorsa per la sicurezza e  
la qualità delle cure ..... p. 20

## **Notiziario Odontostomatologico**

*Domenico Camassa*

L'editoriale del Presidente CAO  
Informazione sanitaria: il convegno  
sulle nuove normative ..... p. 22

*Manuela Monti, Carlo Alberto Redi*

Cambiamento climatico e microbiota intestinale:  
The Lancet Informa ..... p. 24

*Alessandra Testuzza*

Uno "scudo" per i medici ..... p. 26

*Mario Ireneo Sturla*

Medicina sportiva all'Ordine ..... p. 28

*Redazione*

Psicologia di base e comunità a Pavia:  
convegno sull'integrazione  
ospedale-territorio ..... p. 29

*Redazione*

Parkinson, IUSS di Pavia e IRCCS Maugeri di Bari  
guidano lo studio che anticipa la diagnosi grazie  
all'intelligenza artificiale ..... p. 30

## **Le recensioni del Bollettino**

*Paolo Mazzarello*

Malaria

Il Nobel negato: storia di Battista Grassi ..... p. 31

## **L'Ordine di Pavia informa**

..... p. 32



# EDITORIALE

## Il medico ieri, oggi e domani

**CLAUDIO LISI**

Presidente dell'Ordine  
dei Medici Chirurghi e  
degli Odontoiatri  
della Provincia di Pavia

Vi sono modi diversi di tracciare un quadro storico della medicina.

Il termine "medicina classica" indica tutte le misure diagnostiche e terapeutiche che seguono l'approccio di causa ed effetto. La medicina classica viene insegnata in tutte le facoltà di medicina e comprende una vasta parte del bagaglio del sapere e delle spiegazioni della medicina stessa.

Questa medicina si estrinseca nell'atto medico che è l'insieme delle azioni e delle decisioni compiute da un medico per la diagnosi, la prevenzione, la terapia e la riabilitazione di un paziente, volte a tutelarne la salute ed il benessere. Questo concetto si fonda sulla responsabilità professionale del medico, sulla sua valutazione clinica e sulla capacità di prescrivere esami e procedure necessarie, sempre nell'interesse del paziente e senza condizionamenti esterni.

L'atto medico si basa su un'attenta e ragionata valutazione umana e clinica del paziente ed eventualmente del suo quadro patologico.

L'atto medico ricomprende tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche.

Nel recente passato per tutti i clinici erano presenti, alla loro memoria, segni anamnestici o manovre di semeiotica medica e chirurgica che spesso si rivelavano "strumenti" validi e talvolta sufficienti per consentire una diagnosi clinica od una diagnosi differenziale.

La semeiotica della medicina classica si riferiva all'insieme di metodi e discipline utilizzati per raccogliere e interpretare i segni e i sintomi di una malattia, con lo scopo di giungere ad una diagnosi accurata. Essa comprendeva l'anamnesi (raccolta della storia clinica del paziente) e l'esame obiettivo (ispezione, palpazione, percussione, auscultazione), integrandoli con dati provenienti da esami di laboratorio e strumentali per formulare un quadro clinico completo.

In questo approccio, il processo di elaborazione della conoscenza prendeva avvio nel lavoro quotidiano coi pazienti quanto più veniva dato spazio non soltanto a ciò che ci si attendeva, ma anche alle ragioni dell'altro, al suo modo di pensare, alla sua logica, per quanto lontane possano essere dalla nostra.

Il procedere clinico aveva bisogno di una continua ridiscussione

critica, con il succedersi e l'intersecarsi di procedimenti induttivi e ipotetico-deduttivi, senza poter annullare un certo livello di probabilitismo. Cosa che, implicitamente, ci costringeva a fare i conti con la nostra capacità di gestire le incertezze.

Perché uso l'imperfetto sacrificando il presente? Perché le innovazioni tecnologiche hanno già preso il loro posto nella biomedicina attuale.

È però fondamentale comprendere ed esplorare le interazioni tra uomo e sistemi tecnologici, e anche il rapporto tra terapie "classiche" e terapie digitali, in modo da migliorare i risultati dell'applicazione delle nuove tecnologie in medicina. Soluzioni tecnologiche valide possono permetterci di migliorare la diagnosi, il monitoraggio, la raccolta dati e il trattamento di molte patologie, aiutando il personale medico e alleggerendo il sistema sanitario.

In questi ultimi anni la ricerca in ambito sanitario ha avuto un'accelerazione tale da produrre un vero e proprio "tsunami" in termini di innovazione. Le nuove tecnologie applicate a diagnosi e terapia, la più rapida condivisione dei dati e la scoperta di nuovi meccanismi fisiopatologici hanno consentito di identificare e far luce su patologie sconosciute.

I pazienti, attraverso l'"ospedale virtuale", possono accedere a servizi medici online tramite videochiamate, chat, e-mail o applicazioni mobili. Possono ricevere consultazioni mediche, prescrizioni, monitoraggio delle condizioni di salute e gestione delle malattie croniche da remoto, seguiti da un team medico virtuale con visite di follow-up regolari e supporto continuo.

Il potenziamento dell'intelligenza artificiale e della telemedicina rappresenta un'opportunità straordinaria per migliorare la diagnosi, l'efficienza dei servizi e la gestione della carenza di personale sanitario. Tuttavia, per garantire che queste tecnologie siano davvero efficaci e accessibili a tutti, è necessario investire nella formazione digitale degli operatori sanitari e dei cittadini.

Vogliamo una sanità che sfrutti appieno le opportunità offerte dall'innovazione tecnologica, assicurando standard elevati di cura su tutto il territorio nazionale, riducendo disuguaglianze e migliorando la qualità della vita dei cittadini. Serve un sistema che assicuri continuità di cura, ascolto e responsabilità condivisa, in cui ogni attore abbia un ruolo attivo nella tutela della salute.

I grandi progressi tecnici difficilmente potranno sostituire l'empatia con il malato. Al dottore "umano" resterà sempre il compito insostituibile di "spendere" al meglio i suoi cinque sensi, per prendersi cura del paziente.

# La festa dell'Ordine unisce le generazioni: emozioni e riflessioni al Borromeo, tra passato e futuro della professione



GABRIELE CONTA



Un momento speciale per accogliere i nuovi "camici bianchi" che si affacciano oggi alla professione medica, ma anche un'occasione preziosa per celebrare i colleghi più anziani e la loro dedizione a una vita intera trascorsa al servizio della salute. Oltre 250 persone hanno partecipato alla tradizionale Festa dell'Ordine dei medici di Pavia che si è svolta nella cornice prestigiosa del Collegio Borromeo, riempiendo la storica Sala degli Affreschi fino all'ultima sedia disponibile.

L'atmosfera era carica di emozione e di aspettativa, con generazioni diverse di camici bianchi riunite al collegio universitario pavese. Questa, infatti, è una celebrazione particolarmente sentita sia dai giovani che si iscrivono per la prima volta all'Ordine provinciale, portando con sé entusiasmo e nuove prospettive, sia dai "decani" della medicina pavese, cioè quei sanitari che festeggiano con orgoglio 50 e 60 anni di laurea, rappresentando la memoria storica e l'esperienza consolidata di una professione che ha attraversato epoche diverse e profonde trasformazioni.

Nella solennità della Sala degli Affreschi i medici più anziani hanno ricevuto una

targa celebrativa come riconoscimento tangibile del loro contributo alla salute pubblica e alla comunità pavese. Un momento emozionante, scandito da applausi sinceri e da qualche lacrima di commozione. Subito dopo ai neolaureati in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria è stato consegnato il giuramento di Ippocrate, quel testo antico che ancora oggi rappresenta il fondamento etico della professione medica, un impegno solenne a mettere il benessere del paziente al centro di ogni decisione clinica.

«Questa è una giornata importante per il nostro Ordine, che oggi conta oltre 5.800 iscritti, che cresce ogni anno di un centinaio di aderenti e che vede un numero sempre maggiore di donne a cui spetterà rappresentare la nostra professione nel futuro», ha spiegato nel suo intervento Claudio Lisi, Presidente dell'Ordine dei Medici di Pavia, sottolineando come l'evoluzione demografica della categoria rifletta cambiamenti sociali più ampi.

I numeri parlano chiaro e disegnano un quadro in trasformazione: dei 123 giovani medici e odontoiatri freschi di lau-



rea che erano presenti al Borromeo per ricevere l'attestato di iscrizione all'Ordine, infatti, circa due su tre sono donne, precisamente il 65 per cento. Una situazione molto diversa rispetto a un tempo non così lontano, quando la medicina era considerata appannaggio quasi esclusivo degli uomini.

«Quando io mi sono iscritta all'Università negli anni Sessanta – ha ricordato con un sorriso nostalgico una delle dottesse premiate per i 60 anni dalla laurea – eravamo soltanto sei studentesse in Medicina su centinaia di iscritti». Questa "femminilizzazione" della medicina rappresenta non solo un cambiamento numerico, ma anche culturale e metodologico. Molti studi evidenziano come l'approccio femminile alla professione medica tenda a privilegiare l'ascolto, l'empatia e una comunicazione più attenta con il paziente, elementi che si integrano perfettamente con le competenze tecniche e scientifiche richieste dalla medicina moderna.

Da sempre la Festa dell'Ordine è anche l'occasione privilegiata per fare il punto sulla situazione corrente del sistema sanitario pavese, analizzando criticità e prospettive future. «Tra i documenti che abbiamo consegnato ai giovani medici c'è anche il codice deontologico, che rappresenterà una guida morale imprescindibile per la loro carriera professionale – ha ricordato Lisi nel suo discorso, rivolto in particolare ai neolaureati – Oggi fare il medico richiede impegno costante e sacrificio personale, grandi capacità scientifiche ma anche qualità umane e comunicative con il paziente, che rimane sempre al centro del nostro operato».

Il Presidente ha poi affrontato le sfide che attendono i giovani medici: la carenza di personale sanitario, le liste d'attesa che si allungano, la necessità di un continuo aggiornamento professionale in un campo in rapidissima evoluzione, ma anche l'importanza di preservare quella dimensione umana della cura che nessuna tecnologia potrà mai sostituire completamente. La Festa dell'Ordine, infatti, è anche un momento importante per riflettere sul futuro prossimo della professione medica, un futuro che passa inevitabilmente attraverso l'integrazione con i sistemi più tecnologici e innovativi come l'intelligenza artificiale. E proprio di questo tema cruciale ha parlato in modo approfondito Riccardo Bellazzi, professore di bioingegneria dell'Università di Pavia e direttore del laboratorio di Informatica medica e intelligenza artificiale della Maugeri, in una lectio magistralis che ha catturato l'attenzione della platea.

«La nostra città e la sua università sono sempre stati all'avanguardia su questi temi – ha ricordato Bellazzi con orgo-

glio nella sua relazione – perché il primo convegno italiano sull'intelligenza artificiale in ambito sanitario si è svolto 40 anni fa proprio a Pavia, quando ancora pochi immaginavano le potenzialità di questi strumenti». Un primato che testimonia la vocazione innovativa della tradizione medica pavese, capace di coniugare il rispetto per il sapere consolidato con l'apertura verso le frontiere più avanzate della ricerca.

Ma oggi più che mai, ha sottolineato Bellazzi, è necessario un utilizzo responsabile, consapevole e criticamente informato di questi ultimi ritrovati della tecnologia in ambito medico. Occorre affidarsi esclusivamente a prodotti certificati come dispositivi medici, sottoposti a rigorosi controlli di sicurezza ed efficacia, e non a strumenti generalisti come ChatGPT e simili, pensati per scopi diversi e più generici, che non possono garantire l'affidabilità necessaria quando in gioco c'è la salute delle persone.

L'intelligenza artificiale può essere un alleato prezioso per il medico, ad esempio nell'interpretazione di immagini diagnostiche o nell'individuare pattern clinici complessi. Ma deve sempre rimanere uno strumento al servizio del giudizio clinico, mai un sostituto del ragionamento medico e della relazione terapeutica. La responsabilità finale resta sempre e comunque del professionista, che deve saper integrare criticamente le informazioni fornite dall'IA con la propria esperienza e con la conoscenza diretta del paziente.

Anche perché, ha evidenziato Bellazzi, tra i primi e più entusiasti utilizzatori dell'intelligenza artificiale ci sono proprio gli studenti di oggi che saranno i medici di domani. Una generazione cresciuta con la tecnologia digitale, che la considera naturale e intuitiva, ma che deve essere educata a un uso critico e appropriato di questi strumenti potentissimi.

Proprio a questi giovani si sono rivolti con parole di incoraggiamento e di responsabilità Cristina Tassorelli, Presidente della facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Pavia, e Ruggiero Rodriguez y Baena, ex Presidente del corso di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria dell'ateneo pavese. La giornata si è conclusa con un momento conviviale, durante il quale giovani e meno giovani hanno potuto scambiarsi esperienze, consigli, riflessioni. Un passaggio di testimone simbolico ma significativo, che rappresenta la continuità di una professione che, pur trasformandosi continuamente, mantiene saldo il suo nucleo essenziale: prendersi cura dell'altro, con scienza e coscienza.

# La telemedicina nel Servizio Sanitario

**REDAZIONE**



Con il via libera definitivo della Conferenza Stato-Regioni, la telemedicina diventa parte integrante e strutturale del Servizio Sanitario Nazionale. Dopo anni di sperimentazioni locali e iniziative frammentate, arriva dunque un quadro normativo che la inserisce a pieno titolo tra i servizi sanitari garantiti ai cittadini. Il decreto, frutto della collaborazione tra Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e Presidenza del Consiglio, definisce regole e governance della nuova infrastruttura digitale, ponendo le basi per una gestione uniforme e sicura dei dati clinici. L'entrata in vigore scatterà il giorno successivo alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale.

## Prestazioni uniformi in tutta Italia

L'obiettivo principale è assicurare pari opportunità di accesso alle cure digitali, indipendentemente dalla Regione di residenza. La norma stabilisce un pacchetto minimo di servizi da rendere disponibili su scala nazionale: televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza, con possibilità di seconda opinione e supporto ai caregi-

ver. Tutti gli esiti confluiranno nel nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, garantendo continuità assistenziale e condivisione dei dati tra professionisti e pazienti. Saranno invece le Regioni a occuparsi delle proprie infrastrutture territoriali, assicurando interoperabilità con la piattaforma nazionale.

## Agenas al centro del sistema

Il coordinamento a livello centrale sarà affidato ad Agenas, chiamata a gestire lo scambio dati con l'Ecosistema Dati Sanitari e con il Fascicolo Elettronico. Il Ministero della Salute manterrà funzioni di indirizzo e controllo, mentre l'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale vigilerà sugli aspetti di sicurezza. Per la protezione dei dati sensibili si applicano le regole del GDPR e del Codice privacy, con sistemi di autenticazione avanzata (SPID, CIE, TS-CNS), crittografia, tracciamento degli accessi e obbligo di segnalazione immediata in caso di violazioni.

## Strumento anche di governance e programmazione

La piattaforma non sarà solo uno stru-

mento clinico, ma anche di governo sanitario. Attraverso la raccolta e l'analisi dei dati sarà infatti possibile pianificare i servizi, valutare l'impatto delle tecnologie sanitarie (HTA), monitorare le performance e orientare le scelte di politica pubblica.

Dal 2026 Agenas riceverà fondi strutturali per la gestione: 12,5 milioni di euro nel primo anno e 25 milioni annui a partire dal 2027, senza ulteriori costi per la finanza pubblica.

### **Un cambio di paradigma per pazienti e operatori**

Con la telemedicina operativa su scala nazionale, si apre un nuovo scenario per il sistema sanitario: medici, infermieri e operatori potranno seguire i pazienti a distanza, riducendo spostamenti e alleggerendo il carico sulle strutture fisiche, con particolare beneficio per chi vive in zone interne o meno servite. Si tratta di un passaggio cruciale verso un modello sanitario digitale, più vicino ai bisogni della popolazione e centrato sulla persona. Ora la sfida sarà trasformare questa cornice normativa in un servizio realmente fruibile ed efficace per cittadini e professionisti.

### **Ecco lo schema**

Le Regioni richiedono, inoltre, al "Ministero della Salute di fornire un quadro completo dei fabbisogni finanziari in modo da chiarire le linee progettuali ammesse al finanziamento, ribadendo l'impegno ad assicurare la rapida attuazione degli interventi previsti, in coerenza con quanto previsto dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, di cui la telemedicina rappresenta uno dei pilastri".

### **Struttura e governance**

La titolarità della Piattaforma nazionale è affidata ad Agenas, che coordinerà lo scambio dei dati con il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e con gli strumenti dell'Ecosistema Dati Sanitari (EDS). Le Regioni e le Province autonome mantengono invece la titolarità delle infrastrutture regionali. Il decreto chiarisce anche il ruolo del Ministero della Salute, chiamato a garantire programmazione e monitoraggio, e quello dell'Agenzia per la cybersicurezza nazionale (ACN) per gli aspetti di sicurezza.

### **Prestazioni e servizi**

Il provvedimento disciplina l'erogazione dei servizi minimi di telemedicina – televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza – che dovranno essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Le IRT renderanno disponibili agli operatori sanitari e ai cittadini i dati generati dalle prestazioni, integrandoli nel FSE 2.0. Sono previste anche funzioni specifiche per la seconda opinione e per il supporto ai caregiver.

### **Protezione dei dati e sicurezza**

Il decreto recepisce le norme del GDPR e del Codice privacy, prevedendo registrazione delle operazioni, tracciabilità e audit costanti. Viene confermata l'adozione di sistemi avanzati di cifratura, protocolli di autenticazione (SPID, CIE, TS-CNS) e monitoraggio continuo degli ac-

cessi. Ogni incidente di sicurezza dovrà essere notificato tempestivamente.

### **Finalità di governo e HTA**

Oltre a consentire l'erogazione delle prestazioni, la PNT sarà strumento di governo del sistema sanitario. Attraverso l'EDS sarà possibile l'estrazione di dati per programmare e valutare i servizi, compreso il monitoraggio dell'Health Technology Assessment dei dispositivi medici. Agenas avrà il compito di predisporre report periodici per verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR.

### **Considerazioni finali**

I benefici reali che interesseranno sia i pazienti che gli operatori sanitari considereranno anzitutto nel tele monitoraggio, ossia l'accesso a informazioni sanitarie in tempo reale e in forma completa, mentre oggi la raccolta di dati è lunga e spesso si limita a quelli più recenti. Si potrà poi fruire del teleconsulto: il paziente non dovrà più recarsi presso più medici, ma potrà ricevere una consulenza da diversi specialisti collegati tra loro da remoto. Ciò comporterà un risparmio di tempo e una riduzione delle liste d'attesa. Vi saranno poi i vantaggi per i pazienti affetti da malattie croniche, che in parte sono già una realtà. I pazienti con malattie cardiovascolari possono essere monitorati da remoto, con la capacità di predire anche con largo anticipo eventuali riacutizzazioni delle patologie come lo scompenso cardiaco o la fibrillazione atriale. Analogamente, nei pazienti diabetici si potranno prevenire le crisi ipoglicemiche. Parimenti, si potranno monitorare da remoto i tremori del Parkinson e altri parametri oggettivi per un consiglio terapeutico in tempo reale. Vi è poi il caso dei "Grown-Up Congenital Heart" (GUCH), i pazienti nati con una cardiopatia congenita che raggiungono l'età adulta, i quali hanno bisogno di un monitoraggio e di aggiustamenti di terapia costanti. Altri progetti riguarderanno i trattamenti psicoterapeutici e le emergenze per prevenire malori.



# Una costituente per la Sanità

**SERGIO HARARI**

Medico, accademico e divulgatore

Serve un patto tra le forze politiche nazionali, al di là dei singoli interessi per un grande progetto. Una costituente per la sanità che metta insieme forze politiche di governo e opposizione per rifondare il Servizio sanitario nazionale, è forse questa l'unica soluzione per uscire da un'impasse che si sta trasformando in un suicidio del nostro sistema di assistenza. L'istituzione del nostro Ssn risale a oltre 45 anni fa, era il 23 dicembre 1978 quando fu varato grazie alla straordinaria opera dell'allora ministro della sanità Tina Anselmi, una delle figure politiche femminili più rappresentative del dopoguerra. Successivamente una serie di provvedimenti ha contribuito alla sua contestualizzazione nel mutato scenario del Paese: dalla riforma De Lorenzo-Garavaglia del 1992-93, che ne ha sancito l'aziendalizzazione e legato il suo sovvenzionamento alla legge finanziaria, fino alla riforma Bindi del 1999.

Nel 2001 la riforma del titolo V della Costituzione ha poi conferito una competenza concorrente alle regioni nell'organizzazione degli interventi a tutela della salute entro i vincoli dei principi fondamentali del Ssn stabiliti dallo Stato. Ma da allora più nulla di significativo è accaduto in termini legislativi.

Oggi però i bisogni di salute sono completamente diversi dal passato, aumentano i malati cronici, diminuiscono drammaticamente le nascite e cresce esponenzialmente la popolazione anziana, le tecnologie hanno subito un balzo in avanti, per non parlare dell'architettura degli ospedali e della loro organizzazione. Nuovi cambiamenti radicali sono dietro l'angolo: l'intelligenza artificiale sta già trasformando il modo di fare medicina, con ricadute molteplici e complesse che bisognerà affrontare.

A ciò si aggiunga che negli anni, sebbene il Ssn abbia svolto egregiamente il suo compito, molte sono state le criticità emerse. I numeri, d'altra parte, parlano da soli: ormai un quarto della spesa sanitaria naziona-

le è out of pocket. Possiamo immaginare razionalizzazioni ed efficientamenti ma è evidente che il sistema così non può farcela e che sarà impossibile trovare nei bilanci dello Stato abbastanza finanziamenti per coprire tutte le esigenze di salute.

Come continuare allora a garantire l'egualanza dei cittadini davanti alla malattia? Con una nuova programmazione e una visione strategica che sappia considerare i mutati scenari economici, sociali, epidemiologici e di salute, ma per svilupparla bisognerebbe convincere la politica a mettere da parte polemiche, ideologismi e retoriche inutili per (ri)costruire un nuovo progetto sulla sanità, mettendo allo stesso tavolo i diversi stakeholder che hanno voce in capitolo e sviluppando sinergie con il privato e il mondo assicurativo, senza, invece, subire la surrettizia de-regulation alla quale stiamo di fatto assistendo oggi.

Bisogna avere il coraggio e la lucidità di guardare in faccia la realtà e ammettere che il nostro Ssn già oggi non è più universalistico, lo Stato non ha abbastanza risorse per finanziarlo adeguatamente e non si può fare a meno del privato, il quale occupa ormai una rilevante quota di mercato, la cui azione va regolata e guidata.

Ci si può riuscire attraverso un patto tra le forze politiche nazionali, al di là dei singoli interessi di partito, o attraverso un'azione promossa da Presidenti di Regione di colori diversi, in fondo è proprio in capo alle Regioni gran parte del governo della sanità. Si può e si deve fare una riforma complessiva del sistema salute, rinviare o voltarsi dall'altra parte per evitare scelte impopolari o difficili rischia di affondare quel che resta del nostro Ssn, che, come si è ben visto durante l'ormai dimenticata pandemia, è una delle colonne portanti su cui si basano le fondamenta del Paese.

*Tratto dal «Corriere della Sera» del 2 luglio 2025: si ringraziano la testata e l'autore per la gentile concessione alla pubblicazione*

# Sanità, la svolta necessaria

**ATTILIO FONTANA**

Presidente di Regione Lombardia

Le parole di Sergio Harari, «Una Costituente per la sanità», risuonano come un richiamo lucido e coraggioso alla responsabilità istituzionale e politica. Un appello che condivido e che io stesso lancio da tempo a colleghi presidenti di altre Regioni. Perché come rappresentante di una istituzione vivo ogni giorno le sfide, le tensioni e le criticità di un sistema sanitario che, così com'è, non può più reggere.

La riflessione del dottor Harari è priva di retorica e piena di saggezza: guardare in faccia la realtà, senza infingimenti ideologici, è oggi l'unico atto di vero amore verso il nostro Paese. È finito il tempo degli slogan e delle rassicurazioni facili: oggi è il tempo del coraggio, della verità e della responsabilità.

Siamo di fronte a un bivio: o affrontiamo con onestà e visione strategica la necessità di una riforma seria, strutturata e condivisa del nostro Servizio Sanitario Nazionale, oppure continuiamo a rinviare, a fingere che il sistema sia sostenibile, finendo per decretarne il lento declino. La pandemia ci ha mostrato in modo brutale quanto la sanità pubblica sia un bene essenziale e quanto la sua tenuta sia decisiva per la stabilità sociale, economica e istituzionale dell'intero Paese. La realtà è sotto gli occhi di tutti: i bisogni di salute della popolazione sono cambiati, la sostenibilità economica è sempre più fragile, e il ruolo del privato non può più essere vissuto come un antagonismo, ma come un interlocutore con cui costruire alleanze regolamentate, trasparenti ed efficaci. Fingere che tutto possa restare immutato è irresponsabile.

Serve una nuova visione, che parta dai territori, che metta al centro le persone, e che coinvolga tutti gli attori — pubblici e privati — per un progetto comune. Per questo motivo, rilancio l'invito di Harari: proporrò nei prossimi giorni ai presidenti delle Regioni italiane, indipendentemente dal loro colore politico,

di costruire insieme un patto di riforma sanitaria. Le Regioni, che sono titolari di gran parte della governance sanitaria, hanno il dovere di farsi promotrici di una nuova stagione di riforme. E lo devono fare insieme.

L'obiettivo è uno solo: costruire un sistema sanitario capace di garantire equità, qualità e sostenibilità. Un sistema che riconosca la complessità delle sfide demografiche, epidemiologiche ed economiche, e che sappia adattarsi senza rinunciare ai suoi principi fondanti.

Un Servizio Sanitario Nazionale che torni a essere universalistico nei fatti, e non solo nella teoria. Serve una programmazione integrata, moderna e aperta all'innovazione: penso in particolare alla telemedicina, che può rappresentare una leva fondamentale per ridurre le diseguaglianze e portare le cure più vicine ai cittadini, specialmente quelli che vivono in aree interne o montane.

Dobbiamo anche smettere di considerare il personale sanitario come una voce di spesa da comprimere: va valorizzato, ascoltato, messo in condizione di operare con dignità, motivazione e competenza. Senza operatori motivati e ben formati, nessuna riforma potrà mai funzionare davvero.

Infine, dobbiamo uscire definitivamente dalla logica ospedalo-centrica. La vera presa in carico della cronicità, che oggi assorbe la maggior parte delle attività di cura, deve avvenire sul territorio, nelle Case di Comunità, attraverso l'integrazione tra medici di medicina generale, specialisti, infermieri e assistenti sociali. È lì che si costruisce la prossimità, è lì che si ricostruisce il rapporto di fiducia tra cittadino e istituzioni.

*Tratto dal «Corriere della Sera» del 4 luglio 2025: si ringraziano la testata e l'autore per la gentile concessione alla pubblicazione*

# Arrivano i nuovi LEA

## REDAZIONE

A distanza di otto anni dall'ultimo aggiornamento, il Servizio Sanitario Nazionale compie un passo decisivo verso la modernizzazione dell'offerta assistenziale. È stata raggiunta l'intesa in Conferenza Stato-Regioni sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): un pacchetto che ridefinisce il diritto alle prestazioni sanitarie garantite a tutti i cittadini, introducendo nuovi screening, aggiornando le esenzioni e ampliando l'accesso a tecnologie diagnostiche e terapeutiche di ultima generazione.

Il provvedimento comprende misure sia a impatto finanziario – per circa 149,5 milioni di euro annui già coperti – sia interventi a costo zero ma di grande rilevanza clinica. Tra questi, l'inclusione definitiva dello screening neonatale per l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA).

### **Prevenzione oncologica: il programma per i tumori BRCA-correlati**

Una delle innovazioni di maggiore rilievo è l'introduzione di un programma di sorveglianza attiva per le donne con predisposizione genetica ereditaria al tumore della mammella e dell'ovaio. Il percorso prevede l'identificazione delle varianti patogene dei geni BRCA1 e BRCA2 nelle pazienti già affette, seguita da screening regolare per le familiari sane portatrici della mutazione. Nel pacchetto entrano visite senologiche, mammografie, ecografie, risonanze e consulenze oncologiche. Target: oltre 10mila donne l'anno. Impatto economico: circa 11 milioni di euro annui.

### **Screening neonatale esteso: 8 nuove malattie genetiche rare**

Il nuovo Dpcm amplia lo Screening

Neonatale Esteso includendo otto ulteriori patologie metaboliche e rare: immunodeficienze combinate gravi (SCID), mucopolisaccaridosi di tipo I, adrenoleucodistrofia legata all'X, malattia di Pompe, malattia di Fabry, malattia di Gaucher e altre glicogenosi. Il programma interesserà oltre 390mila neonati l'anno, con un impatto di quasi 15 milioni di euro.

### **Screening per la SMA: da sperimentazione a standard nazionale**

Tra le novità a costo invariato c'è l'ingresso ufficiale nei LEA dello screening neonatale per l'Atrofia Muscolare Spinale. Dopo la sperimentazione avviata nel 2019, il test viene stabilmente inserito senza nuovi oneri.

### **Diagnostica e terapie: prestazioni nuove e aggiornate**

Il nuovo elenco amplia il ventaglio delle prestazioni ambulatoriali. Tra le novità: test prenatale non invasivo (NIPT) su DNA fetale per le trisomie 13, 18 e 21; elastografia epatica (Fibroscan); dosaggio della Luteotropina (LH); test genetico CYP2C9 per la sclerosi multipla; dispositivi protesici per non vedenti e dispositivo intraorale per la sindrome di Lesch-Nyhan. Spazio anche alla psichiatria e ai disturbi alimentari, con l'ingresso della terapia psicoeducazionale.

### **Esenzioni: nuove patologie croniche e invalidanti**

Il Dpcm amplia le patologie che danno diritto all'esenzione dalla spesa sanitaria. Tra le new entry: sindrome fibromialgica, idrosadenite suppurativa e malattia polmonare da micobatteri non tubercolari. Aggiornati anche gli elenchi per patologie già incluse.

# Oltre la metà del lavoro dei medici è burocrazia



**TOMMASO MASTROPIETRO**

Prenotazioni prioritarie, certificazioni di invalidità, di infortunio o per la richiesta di ausilio alimenti speciali, piani terapeutici, trascrizioni di prescrizioni specialistiche, vari moduli da compilare per l'assistenza domiciliare integrata. E poi i certificati di malattia. Mediamente su una quarantina di visite che si erogano in ambulatorio una trentina sono per rilasciare un certificato di malattia, quando in altri Paesi Europei, in primis Francia e Germania, per i primi giorni basta l'autocertificazione. La verità è che i medici sono soffocati dalla burocrazia che assorbe ormai il 60% del lavoro di medici di famiglia.

La Smi ha recentemente presentato ai gruppi parlamentari della maggioranza e dell'opposizione la richiesta, sostenuta da 30 mila firme, di allineare l'Italia all'Europa, introducendo l'autocertificazione per i primi tre giorni di assenza dal lavoro dovuta a malattia. Sarebbe un modo per avere più tempo da dedicare all'assistenza dei pazienti. Nulla di fatto. La burocrazia è sempre lì, impietosa. Un carico da novanta contro l'efficienza del Ssn, come denunciano da tempo gli operatori sanitari, tra medici e infermieri. Inefficienza che in Lombardia è anche rappresentata dal malfunzionamento del SISS (Sistema Informativo Socio-Sanitario) L'insostenibilità della situazione è sempre la stessa: dalla lentezza della connessione al blocco totale, dalla difficoltà di consultazione dei referti alle criticità per il rilascio delle ricette dematerializzate. E spesso i disservizi si concentrano proprio nella giornata del lunedì, quando l'afflusso agli ambulatori è maggiore.

Il problema non riguarda solo la medi-

cina territoriale ma anche gli ospedali. Il tempo effettivo di visita dei pazienti è pari al 30-35% del totale, il resto è fagocitato dalla burocrazia. Per non dire di tutti gli adempimenti richiesti per le dimissioni, tra la compilazione delle cartelle dei pazienti, il collegamento sempre lento alle varie piattaforme per eventuali piani terapeutici, la raccolta dei dati, la comunicazione alla direzione sanitaria e se necessario alla Medicina del Lavoro. Con l'aggravante dell'introduzione, da parte di alcune Regioni, dei cosiddetti "tempari", che stabiliscono un lasso di tempo obbligato per effettuare una visita, nelle varie discipline. Sono stati pensati per sfoltire le lunghe liste d'attesa per accedere alle prestazioni che affliggono la nostra sanità pubblica. Ma questo senza snellire la burocrazia. E va sottolineato che i medici devono compilare la documentazione in modo molto preciso anche a fronte di eventuali contenziosi medico-legale.

L'anno scorso fu il centro studi di Cgia di Mestre a quantificare il costo della burocrazia per la sanità: 25 miliardi. Recentemente una ricerca dell'Università di Torino ha rilevato che il 25% del tempo di lavoro degli infermieri, in Piemonte, è assorbito da incombenze non di assistenza. La burocrazia rientra a pieno titolo tra i fattori che determinano le missed care, ovvero le cure infermieristiche mancate. Questo con molteplici conseguenze negative sia per i pazienti che per lo stesso personale infermieristico. Per questo è utile prevedere modelli nuovi, che contemplino profili amministrativi all'interno dei luoghi di cura e di degenza e al contempo maggiore personale di supporto per i medici e agli infermieri.

# Il medico di famiglia player della salute futura



**MASSIMO MASETTI**

Ordinario Cardiochirurgia  
Università Cattolica

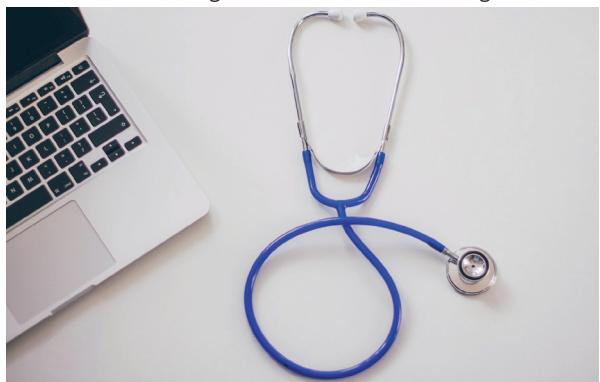
C'era una volta il medico di famiglia, "il dottore" che veniva a visitare a casa, magari con la Seicento Fiat nelle campagne o con la 1100 in città. Ci sarà ancora, come snodo fondamentale di quella medicina del territorio che tutti vediamo come nuova frontiera dell'assistenza domiciliare per allenare la pressione sui Pronto Soccorso? Oppure resterà la figura di oggi, il medico che si allontana sempre più dalla cura per diventare solo un centro di "spaccio" delle ricette da portare in farmacia e poco più?

Purtroppo, è ormai frequente nel pensiero di molte persone che il medico di famiglia non sia più il principale riferimento per il proprio stato di salute, promuovendo la prevenzione delle malattie e guidandoci, al bisogno, verso diagnosi precoce e medicina specialistica, ma un mero prescrittore di ricette. Come cittadino e come medico, trovo umiliante questa valutazione e non condivido la polemica che vede contrapporsi la politica da un lato e le associazioni di categoria dall'altro, con un dibattito che è già diventato un dialogo tra sordi.

Ma ora c'è un tema di confronto concreto: è sul tavolo del ministro Schillaci la bozza della riforma per i medici di famiglia, elaborata dalle Regioni e vi-

sionata dal Ministero della Salute. L'obiettivo è quello di passare dalla figura storica del medico di famiglia, quella che nasce nel secondo Dopoguerra, ma che ha radici storiche e culturali molto più antiche in un modello di cura tradizionale e comunitaria, ad un ruolo di effettivo player di uno dei principali motori dell'assistenza domiciliare e del raccordo tra ospedale e territorio, cioè ben oltre l'erogatore di ricette attuale. Qui bisogna andare alla radice del conflitto, cioè muoversi (e deliberare per chi ne ha le prerogative) in base ad uno scenario demografico e sociale completamente diverso da quello di quando nacque il Servizio sanitario nazionale, con l'incremento della popolazione, da una parte, la necessità di curare la popolazione degli immigrati che aiutano il Paese in tanti lavori (a cominciare dall'assistenza casalinga agli anziani) e la fortissima specializzazione della medicina moderna, dall'altra. Da questo punto di vista, l'unico che conta, la polemica sul ruolo del medico di medicina generale altro non è se non il riflesso di un conflitto profondo tra due modelli di sanità: uno più tradizionale e basato sulla persona, l'altro più centralizzato e basato sulla singola prestazione.

Questo scontro tocca temi come l'identità professionale del medico, l'organizzazione del territorio, i diritti del cittadino-paziente. I limiti della medicina del territorio esplodono all'arrivo della pandemia: le Regioni sono costrette a prendere atto del fallimento e per offrire assistenza ai cittadini tutti i giorni, dalle 8 alle 20, nascono le Case di Comunità, strutture pubbliche da costruire entro il 2026 e finanziate con 2 miliardi di euro del Pnrr. Per funzionare, però, ci devono lavorare i medici





di famiglia e, quindi, nel 2022 il governo dell'epoca propone un cambiamento per garantire, seppur con un rapporto di para-subordinazione, 38 ore di lavoro settimanali: 20 nei propri studi e 18 nelle Case della Comunità.

Queste disposizioni non diventano mai legge e, infatti, gli accordi attuali garantiscono dalle 5 alle 15 ore negli studi, a seconda del numero di pazienti, e 6 nelle Case della Comunità. Le Regioni, intanto, hanno lavorato a una riforma che potrebbe cambiare radicalmente il rapporto tra i medici di famiglia e il Servizio sanitario nazionale. I capisaldi di questa riforma partono dalla specializzazione per i medici di cure primarie. Possibilità di optare per la dipendenza, oltre alla trasformazione dell'attuale modello convenzionale in forme di accreditamento, preferibilmente per gruppi di medici operanti nelle Case di Comunità. E ancora: viene prevista l'opportunità per i medici convenzionati di optare per la dirigenza medica con percorsi agevolati di riconoscimento dei titoli.

Ora, al di là delle opinioni che ognuno di noi può avere sulla proposta di revisione organizzativa e che comunque va portata a casa con uno sforzo di comprensione reciproca tra l'autonomia, di cui sinora hanno goduto i medici di famiglia e l'assoluta necessità del loro ruolo sul territorio per il Servizio sanitario, è opportuno anche in questa delicata trattativa avere come riferimento l'unificazione del percorso di cura, che appare frammentato e in discontinuità assistenziale con la medicina specialistica e ospedaliera. Questa criticità organizzativa la incontriamo, peraltro, anche negli ospedali dove le singole prestazioni sono erogate senza quella continuità che la cura di un problema di salute richiede.

Gli operatori della sanità sanno che il percorso unitario di cura è la soluzione alle difficoltà attuali, ma sanno anche che la sua applicazione necessita di un autentico cambio di paradigma, poiché la cura di un problema di salute

necessita infatti di una vera presa in carico della persona malata attraverso un percorso dove le singole prestazioni diagnostiche e terapeutiche siano erogate con continuità assistenziale, non soltanto all'interno degli ospedali, ma anche con il territorio. Questa continuità della cura è resa possibile, oltre che con il dialogo, anche con gli strumenti digitali che facilitano la condivisione del dato sanitario e la comunicazione tra i differenti attori.

È così che si persegue una cura basata sulla centralità del malato nei suoi bisogni di salute. È così che si restituisce la dignità a quella medicina di prossimità, considerata uno step fondamentale prima e dopo quella specialistica e ospedaliera. Questa è l'architettura del Servizio sanitario che potrà garantire un adeguato accesso alle cure secondo i principi di universalità, equità e gratuità, insieme alla sostenibilità dei costi. Ed è un'architettura che sta diventando un contenuto di riforma organizzativa che si muove nei luoghi di cura (territorio-ospedale-territorio) e nel tempo (cura sui bisogni della malattia e non su dove e quando inseguirla con le prestazioni).

Il ministro Schillaci è consapevole della necessità di questo cambio di passo e ha avviato, sulla base delle indicazioni dell'ultima legge di bilancio, un tavolo tecnico con il compito di elaborare proposte concrete per i modelli organizzativi che le Regioni sperimenteranno sulla propria area geografica. E, in questo quadro, è interesse del cittadino-cliente del Servizio pubblico che il medico di famiglia torni ad essere "il dottore" di una volta e cioè, tradotto all'oggi, uno dei perni più importanti dello snodo decisivo della cura tra territorio e ospedale, in entrata e, anche e soprattutto, in uscita.

*Tratto dal «Sole 24 Ore» del 12 giugno 2025: si ringraziano la testata e l'autore per la gentile concessione alla pubblicazione*

# L'esodo dalla sanità in Lombardia

## REDAZIONE

Il numero di persone che ha detto "addio" al mondo sanitario lombardo è aumentato in modo notevole: più 416 per cento nell'arco di dodici anni, con le donne che ancora oggi sono la maggior parte a dire basta, il 59 per cento del totale. Ma non solo, perché se si va ancora più indietro nel tempo, e si considera un arco di vent'anni, quello che emerge è la riduzione del perimetro dei professionisti, con duemila lavoratori persi tra il 2001 e il 2023.

Sono i dati principali del rapporto "Sanità pubblica: tutelare chi cura, per tutelare tutti" che è stato stilato dalla Uil Lombardia. Il sindacato ha fotografato la situazione attuale dei lavoratori della sanità pubblica regionale, facendo un confronto tra i dati riportati negli annuari statistici del ministero della Salute a partire dall'ultimo (pubblicato nei mesi scorsi e relativo al 2023) fino a quelli con i dati del 2011 e del 2001. Risultato? Una «desertificazione dei servizi», spiegano dal sindacato.

«Il rischio di un collasso organizzativo — ragiona allora Salvatore Monteduro, segretario confederale della Uil Lombardia — è reale e riguarda l'intero sistema sanitario pubblico lombardo. La fuga di personale, la crescita delle dimissioni volontarie, l'erosione del potere d'acquisto e la difficoltà di conciliare vita e lavoro sono problemi trasversali». A colpire è soprattutto il numero delle uscite dal mercato del lavoro: gli addii non per pensionamento sarebbero infatti passati da 751 in tutti gli ospedali pubblici della regione nel 2011, a 3.880 nel 2023.

Medici, infermieri, tecnici, fisioterapisti, ostetriche, operatori socio-sanitari, amministrativi: un esercito di persone che, seppur lontane dalla pensione, ha scelto di mollare per dedicarsi ad altro. Il fenomeno, secondo i calcoli del sindacato, è in crescita sia a Milano e provincia (dove le dimissioni erano state 293 nel 2011 e sono diventate 1.525 nel 2023, con un aumento del 420 per cento), sia nelle altre province lombarde. Come Bergamo, dove si è passati in 12 anni da 23 a 199 addii (più 765 per cento), Brescia (da 82 a 254 dimissioni, con una crescita del 209 per cento), Sondrio (da 45 a 200 addii, più 344 per cento).

«L'erosione salariale è uno degli elementi che contribuiscono in modo diretto al crescente fenomeno delle dimissioni volontarie e alla perdita di appeal del sistema sanitario lombardo rispetto al privato o ad altre regioni. Che la situazione del personale sanitario in Lombardia sia difficile lo ha sottolineato più volte anche l'assessore al Welfare Guido Bertolaso, che ha spesso ribadito come la Regione abbia sottoposto a Roma la questione degli stipendi bloccati, nonché le difficoltà legate al reclutamento di nuove leve. Di qui, per esempio, i bandi di assunzione pubblicati dai grandi ospedali — più attrattivi — che però prevedono che il 50 per cento delle ore del lavoratore siano impiegate in ospedali periferici e meno centrali. E poi il tentativo di far arrivare medici e (soprattutto) infermieri dall'estero, da Paesi del Sud America.

# Approvata la nuova Rete Epato-Gastroenterologica

## REDAZIONE

La Regione Lombardia ha approvato la nuova la Rete Epato-gastroenterologica individuando i Centri di riferimento per il trattamento delle emorragie digestive e i Centri delle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI). Lo annuncia una nota regionale.

"La delibera, proposta dall'assessore al Welfare, Guido Bertolaso, rientra nel piano di rafforzamento delle reti cliniche regionali e si fonda su una mappatura approfondita delle strutture pubbliche e private accreditate, valutate per livello di complessità assistenziale", spiega la nota.

Le strutture coinvolte nella rete per le emorragie digestive sono suddivise in 4 livelli assistenziali. I Centri di 4° livello, dotati di massima specializzazione e capacità di gestione delle emergenze, si concentrano nei poli di riferimento come Niguarda, San Raffaele, Policlinico Ca' Granda, Papa Giovanni XXIII e Humanitas.

Parallelamente, per le malattie infiammatorie croniche intestinali, sono stati identificati numerosi Centri distribuiti su tutte le ATS lombarde. Questi garantiranno diagnosi, presa in carico e continuità terapeutica dei pazienti affetti da MICI come il morbo di Crohn e la rettocolite ulcerosa, favorendo la creazione di percorsi HUB e SPOKE. Gli elenchi ufficiali dei centri sono stati stilati grazie a una riconoscenza condotta attraverso questionari rivolti alle strutture sanitarie e con il coinvolgimento delle Commissioni Tecniche della Rete Epato-gastroenterologica.

"Con questa delibera – ha dichiarato l'assessore Guido Bertolaso – Regione Lombardia compie un passo fondamentale verso una sanità sempre più specializzata, efficiente e vicina ai bisogni reali dei cittadini. La definizione dei Centri di riferimento per le emorragie digestive e i Centri MICI permette di rafforzare la presa in carico dei pazienti e di garantire percorsi di cura appropriati, sicuri e tempestivi su

tutto il territorio regionale. Continueremo a investire sulla qualità e sull'innovazione della nostra rete sanitaria, mettendo sempre al centro la salute dei lombardi".

## GOVERNANCE

In attuazione della DGR di programmazione n. XI/1694/2019, il Decreto DG Welfare n. 18424 del 23/12/2021 ha nominato l'Organismo di Coordinamento della Rete Epato-gastroenterologica. L'Organismo di Coordinamento è composto da specialisti delle varie discipline che sono coinvolti nel trattamento e presa in carico delle patologie epato-gastroenterologiche. È presieduto e coordinato dal Dirigente della Unità Organizzativa regionale competente in materia di reti. All'interno dell'Organismo di Coordinamento sono previste delle Commissioni Tecniche.

OBIETTIVI: 1) Rivalutazione della tendenza alla riduzione dei Reparti e del personale di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva; 2) prosecuzione del progetto di riformulazione del tariffario delle prestazioni endoscopiche; 3) riavvio a pieno regime dello screening del Cancro del Colon-Retto; rivalutazione organizzazione delle priorità e appropriatezza delle procedure endoscopiche al fine di incidere significativamente sulle liste di attesa; 4) impostazione del sistema riconosciuto e rendicontato di telemedicina per la gestione delle patologie croniche gastroenterologiche (Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, Epatopatie croniche, patologie bilio-pancreatiche); 5) realizzazione di un Registro Regionale per le terapie biologiche delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali; 6) adeguamento delle Strutture di Endoscopia Digestiva alle raccomandazioni e requisiti necessari in tema di qualità e sicurezza per operatori sanitari e pazienti, recentemente aggiornati; 7) rafforzamento della collaborazione della Gastroenterologia con altre discipline come Chirurgia, Medicina Interna, l'Anestesia, Oncologia, Radiologia e Radioterapia.

# Protonterapia nel melanoma oculare: l'eccellenza del CNAO di Pavia nel trattamento conservativo



GABRIELE CONTA

Il melanoma oculare rappresenta la neoplasia rara più frequente nell'adulto, caratterizzata da aggressività e da un elevato rischio di metastasi, specialmente epatiche. Al CNAO di Pavia, uno dei soli 15 centri al mondo (e l'unico in Italia) specializzati nel trattamento di questa neoplasia con protoni, oltre 600 pazienti sono stati trattati sinora con la protonterapia, evitando nella grande maggioranza dei casi la rimozione chirurgica dell'occhio e preservando una qualità di vita soddisfacente. Approfondiamo le peculiarità di questa patologia e l'innovazione terapeutica con la dottoressa Maria Rosaria Fiore, medico radioterapista referente di patologia al CNAO, e con il dottor Mario Ciocca, Responsabile dell'Unità di Fisica Medica del CNAO.

**Dottoressa Fiore, può definire cos'è il melanoma oculare e chi colpisce principalmente?**

**Fiore:** «Il melanoma oculare è il tumore raro più frequente nell'adulto, originato dai melanociti del tratto uveale, soprattutto nella coroide, che è la sede coinvolta nel 85-90% dei casi. Interessa in particolare persone tra i 50 e i 70 anni e si manifesta raramente prima dei 30. In Italia stimiamo circa 400 nuovi casi ogni anno. Nella maggior parte dei pazienti la diagnosi avviene incidentalmente durante controlli oculistici di routine, poiché spesso la patologia è silente. Quando si manifestano, i sintomi principali sono visione offuscata, lampi o scintille di luce, difetti del campo visivo, "mosche volanti" e solo raramente dolore oculare».

**Qual era l'approccio terapeutico tradizionale prima dell'avvento della**



## protonterapia?

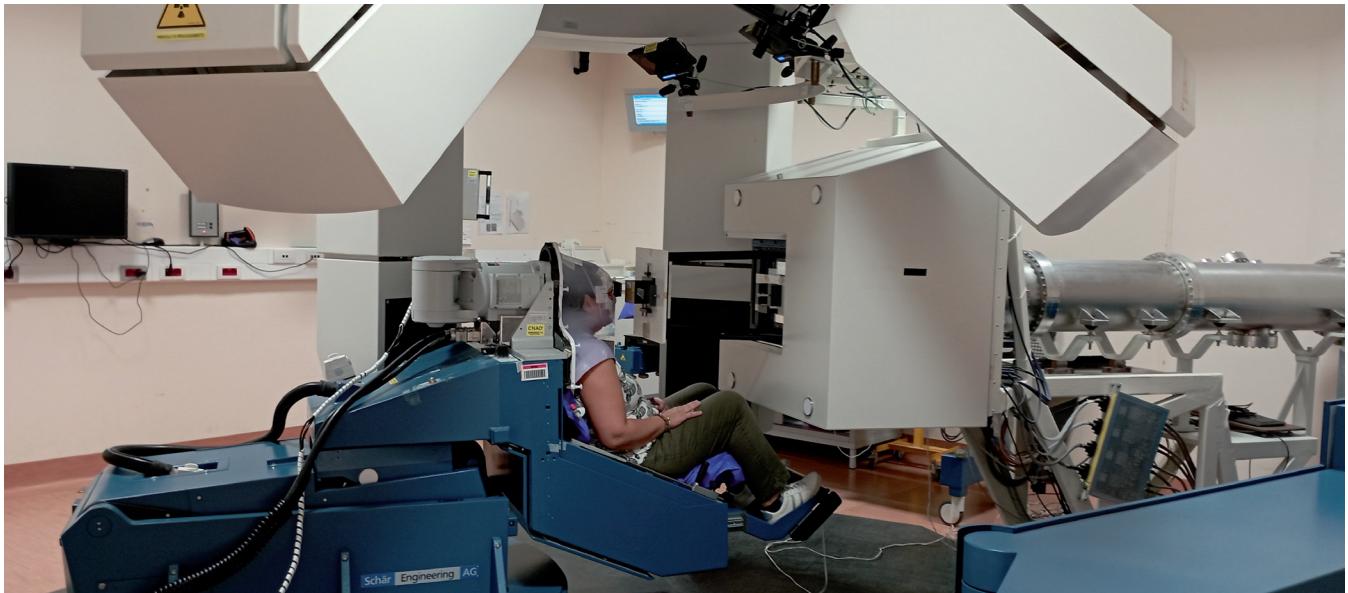
**Fiore:** «Storicamente, la terapia di riferimento era l'enucleazione, cioè la rimozione chirurgica dell'occhio. Negli anni Settanta è cominciata la ricerca di strategie più conservative, dato che la chirurgia non preveniva comunque lo sviluppo di metastasi. Il melanoma uvale è stato uno dei primi e più importanti campi di applicazione della protonterapia, tanto che il primo paziente al mondo fu trattato con questa tecnica pionieristica già nel 1975, negli Stati Uniti. A partire dagli anni Ottanta, la letteratura ha iniziato a produrre evidenze a favore della protonterapia come valida alternativa sia all'enucleazione sia alla brachiterapia (una forma di radioterapia con sorgenti radioattive impiantate in prossimità del tumore), con la possibilità di conservare l'organo e talvolta anche la funzionalità visiva».

**Dottor Ciocca, come funziona la protonterapia e perché risulta così vantaggiosa nel melanoma oculare?**

**Ciocca:** «La protonterapia permette di dirigere il fascio di protoni con altissima precisione sulla massa tumorale, ottimizzando la dose e minimizzando l'irradiazione dei tessuti sani circostanti. Questa caratteristica è fondamentale per i tumori localizzati vicino a strutture particolarmente sensibili, come nel caso del melanoma oculare. Al CNAO, dal 2016 abbiamo sviluppato un adattamento

della linea di fascio dotata di scanning attivo, in grado di trattare questa neoplasia in modo sicuro ed efficace. Abbiamo a questa tecnica un collimatore personalizzato e





un sistema dedicato per la verifica in tempo reale della stabilità della direzione dello sguardo (detto eyetracker), così da aumentare la qualità e la disponibilità della protonterapia oculare».

### **Quali sono i dati sull'efficacia della protonterapia per il melanoma oculare?**

**Fiore:** «Numerosi studi scientifici hanno dimostrato che, dopo cinque anni dal trattamento, il controllo locale della malattia raggiunge il 95%. Si tratta di un risultato molto importante se si considera la natura aggressiva del tumore. La protonterapia rappresenta oggi un'opzione terapeutica fondamentale che, nella maggior parte dei casi, consente di evitare interventi chirurgici radicali. Questo trattamento avanzato offre ai pazienti un duplice vantaggio: preservare non solo una migliore qualità della vita, ma anche offrire un'elevata probabilità di conservare la funzionalità visiva residua».

### **Dott. Ciocca, quali innovazioni tecniche sono state messe a punto al CNAO per personalizzare la terapia?**

**Ciocca:** «Il nostro reparto di fisica medica ha progettato nel 2015 un adattamento unico a livello mondiale della linea di fascio per trattamenti oculari, infatti la maggior parte dei centri utilizza ancora la vecchia tecnica passiva. Il nostro sistema integra la scansione attiva del fascio con collimatori personalizzati, e questo schema è ora adottato come modello di riferimento da altri centri internazionali. Questo ci permette di offrire trattamenti di avanguardia e ampliare progressivamente il numero di pazienti trattabili a Pavia».

### **Qual è il percorso del paziente dalla diagnosi alla conclusione del trattamento?**

**Ciocca:** «La presa in carico inizia con la diagnosi clinica da parte di un oculista presso un centro di riferimento. La conferma deve sempre avvenire in strutture specializzate, per questo il CNAO collabora strettamente con centri di eccellenza come l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e il Policlinico Gemelli di Roma. Dopo il consenso alla protonterapia, viene effettuato un intervento per l'applicazione di minuscoli marker di tantalio attorno al tumore, così da delimitare con precisione l'area da irradiare. A seguire, il paziente viene sottoposto a TAC di centratura, realizzazione di una maschera di immobilizzazione personalizzata e pianificazione computerizzata con sistemi di "Eye Tracking

System" che consentono il monitoraggio costante della posizione oculare durante tutta la terapia. Il trattamento vero e proprio si realizza in quattro sedute consecutive a cadenza giornaliera».

### **Come si garantisce la sicurezza durante l'irradiazione?**

**Ciocca:** «Il paziente viene posizionato su una sedia dedicata, con sistemi di fissazione ottica sviluppati in collaborazione con il Politecnico di Milano. Usiamo una luce di fissazione e un sistema di tracciamento ottico robotico per garantire che il movimento dell'occhio sia minimizzato e costantemente monitorato. In questo modo, riusciamo a minimizzare gli errori di posizionamento (entro mezzo millimetro) e assicurare che la dose raggiunga solo la sede tumorale».

### **Qual è il ruolo della multidisciplinarietà in questo percorso di cura?**

**Fiore:** «Il trattamento del melanoma oculare al CNAO è un esempio di collaborazione multidisciplinare tra l'oculista esperto di oncologia oculare di centri di eccellenza e il team di radioterapia che comprende l'oncologo radioterapista, il fisico medico, il bioingegnere e il tecnico di radioterapia e figure specialistiche di altri centri di eccellenza italiani. Ogni fase – dalla diagnosi, alla chirurgia, alla pianificazione e controllo radioterapico – è condivisa all'interno del team per offrire la migliore soluzione possibile personalizzata per ogni paziente».

### **Ci sono raccomandazioni particolari per la prevenzione e la diagnosi precoce?**

**Fiore:** «Sono particolarmente importanti i controlli oculistici annuali, soprattutto a partire dai 40 anni o nei soggetti che presentano condizioni predisponenti come la melanocitosi oculodermica o nevi coroideali preesistenti. Queste persone necessitano di monitoraggi costanti».

Insomma, la protonterapia al CNAO rappresenta una realtà di eccellenza nazionale e internazionale, offrendo ai pazienti affetti da melanoma oculare una terapia all'avanguardia, sicura e rispettosa della qualità di vita e della funzione visiva. Un modello in cui ricerca scientifica, tecnologia e cura multidisciplinare si fondono per offrire nuove opzioni terapeutiche nella lotta ai tumori rari.

# La Scuola Universitaria Superiore IUSS e il nuovo paradigma delle neuroscienze cliniche: ricerca traslazionale e innovazione digitale per la prevenzione e cura delle malattie neuropsichiatriche



**MARIO MARTINA**  
Rettore Scuola IUSS



**CHIARA CERAMI**  
Prof.ssa di Neurologia Scuola IUSS

**La Scuola Universitaria Superiore IUSS di Pavia è un'università pubblica di alta formazione, ricerca e cultura che accoglie studenti selezionati per merito, offrendo percorsi di eccellenza integrati con l'Università di Pavia e i Collegi di Merito. Nata nel 1997 ed ufficialmente riconosciuta nel 2025 come università ad ordinamento speciale per valorizzare il talento e promuovere l'interdisciplinarietà, propone un modello formativo avanzato dove rigore scientifico si coniuga con libertà intellettuale e responsabilità sociale. La Scuola rappresenta un laboratorio di idee in cui giovani ricercatori e docenti di diverse discipline dialogano per affrontare le grandi sfide contemporanee – dalla sostenibilità allo sviluppo tecnologico, dal pensiero critico all'innovazione culturale. In un contesto internazionale e residenziale, la IUSS forma una comunità accademica consapevole del proprio ruolo nella costruzione del futuro.**

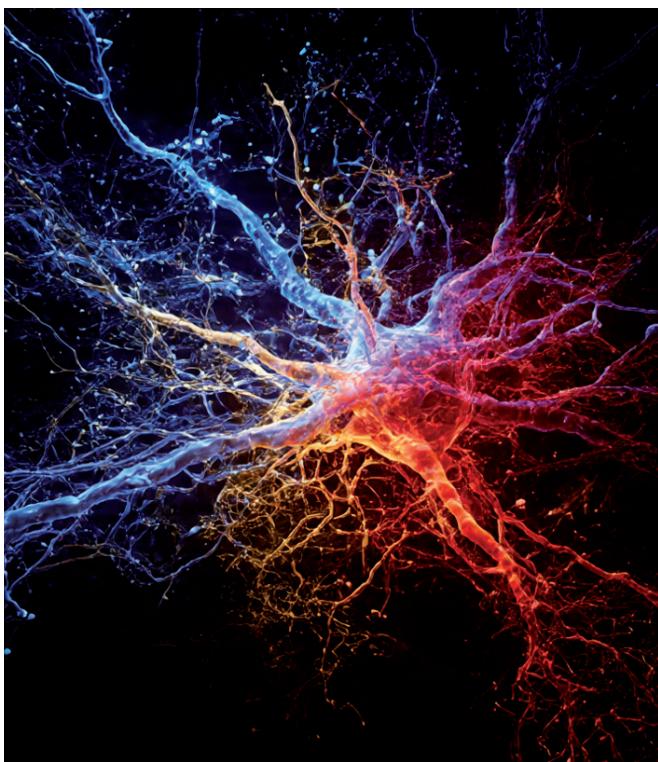
Negli ultimi trent'anni, il numero di persone con malattie neuropsichiatriche è aumentato esponenzialmente. Patologie come ictus, Alzheimer e altre demenze mostrano crescita costante, trainata dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento di fattori di rischio ambientali, metabolici e legati allo stile di vita. Secondo il Global Burden of Disease Study 2021, pubblicato su The Lancet Neurology nel marzo 2024, oltre 3 miliardi di persone vivono con disabilità da patologia neurologica. Una cifra senza precedenti che conferma come queste malattie, principale causa di disabilità globale e tra le prime di morte, rap-

presentino una sfida cruciale di salute pubblica. In risposta, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha adottato nel 2022 l'Intersectoral Global Action Plan on Epilepsy and Other Neurological Disorders 2022–2031, per ridurre il carico delle patologie neurologiche, migliorare l'accesso alle cure e promuovere la salute cerebrale – Brain Health – lungo l'arco della vita, rafforzando politiche, servizi e ricerca.

In questo contesto, la Scuola IUSS rappresenta un polo di riferimento per le neuroscienze cognitive e cliniche e lo studio delle patologie neurocognitive grazie al Centro ICon – IUSS Cognitive Neuroscience Center – che integra approcci multidisciplinari, tecnologia d'avanguardia e una visione innovativa delle neuroscienze sperimentali e cliniche, con attenzione alla promozione della salute cerebrale e alla diagnosi precoce.

Il Centro, diretto dalla Prof.ssa Eleonora Catricalà, studia i meccanismi della mente e del comportamento umano, dalla fisiologia nei soggetti sani alle trasformazioni nell'anziano fragile e nel paziente neuropsichiatrico, con prospettiva transdisciplinare e multimodale. ICoN si integra con due centri clinici d'avanguardia lombardi: gli Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS di Pavia e Milano Camaldoli, consentendo studi sperimentali e clinici su popolazioni eterogenee e garantendo impatto traslazionale.

Lo studio del linguaggio e della memoria semantica rappresenta una linea di ricerca cardine, coordinata dalla Prof.ssa Catricalà. Il linguaggio, per natura distribuita e multimodale, e le abilità di rappresentazione di concetti, significati e conoscenze costituisco-



no funzioni cognitive complesse e sensibili ai cambiamenti cerebrali, modelli interessanti per comprendere l'architettura cognitiva in condizioni fisiologiche e neurologiche. Le evidenze raccolte hanno delineato modelli neurolinguistici sofisticati, capaci di collegare alterazioni linguistiche specifiche ai meccanismi neuropatologici. Un contributo rilevante deriva dallo studio di pazienti con disturbi focali come l'afasia primaria progressiva non fluente e la variante semantica, che rappresentano "finestre naturali" sull'organizzazione cognitiva. Grazie a neuroimaging, elettrofisiologia, neuromodulazione non invasiva e neurocomputazione, i ricercatori IUSS definiscono strumenti diagnostici sensibili, interventi riabilitativi personalizzati e nuove modalità di presa in carico centrate sulla persona.

Altre linee di ricerca del Centro ICoN, nel Laboratorio di Neuroscienze Cognitive dell'ICS Maugeri di Pavia coordinato dal Prof. Nicola Canessa, riguardano meccanismi decisionali, cognizione sociale e motoria. Questi domini complessi si basano su equilibrio tra motivazione, valutazione del rischio, controllo inibitorio, interpretazione delle intenzioni altrui ed esecuzione di azioni coordinate. Alterazioni di tali meccanismi caratterizzano molte patologie del sistema nervoso centrale: Parkinson, demenza frontotemporale, esiti di ictus e disturbi psichiatrici come disturbi dell'umore, dipendenze e psicosi. La ricerca traslazionale permette di identificare marcatori cognitivi, comportamentali e neurofisiologici che descrivono con precisione i profili di malattia, migliorando diagnosi e prognosi. Attraverso neuromodulazione, analisi del movimento, neuroimaging e protocolli sperimentali ad alta

risoluzione, si sviluppano interventi innovativi per supportare il funzionamento cognitivo, l'adattamento sociale e la qualità di vita dei pazienti.

Un'ulteriore linea, coordinata dalla Prof.ssa Giulia Mattavelli, riguarda i disturbi del comportamento alimentare. Anoressia, bulimia e binge-eating disorder sono condizioni complesse con interazione tra fattori biologici, psicologici, sociali e culturali. Le ricerche IUSS si concentrano su come il cervello processa segnali legati a cibo, ricompensa e immagine corporea, con attenzione ai circuiti fronto-striatali, limbici e parietali coinvolti nella valutazione degli stimoli alimentari, nel controllo degli impulsi e nella rappresentazione corporea. L'approccio combina neuroimaging, neurofisiologia e neuromodulazione non invasiva per esplorare e modulare il funzionamento neurale. Questo permette di individuare biomarcatori utili alla diagnosi precoce e sperimentare interventi personalizzati, integrabili con percorsi psicologici, nutrizionali e riabilitativi tradizionali, per migliorare aderenza ai trattamenti e prognosi.

L'attività di ricerca clinica trova piena realizzazione nel Laboratorio Brain e-Health in Aging (BeA) presso l'ICS Maugeri di Milano Camaldoli, diretto dalla Prof.ssa Chiara Cerami, neurologa specializzata in malattie neurodegenerative. Il laboratorio è un hub clinico-sperimentale dedicato a patologie neurologiche degenerative e legate all'invecchiamento: declino cognitivo lieve, demenze, sclerosi laterale amiotrofica, Parkinson e parkinsonismi atipici. Le attività comprendono fenotipizzazione multimodale dei pazienti e percorsi innovativi in telemedicina. La prevenzione rappresenta la frontiera più ambiziosa. Mantenere il cervello in salute significa individuare precocemente segnali di rischio quando la plasticità neurocognitiva è attiva e il margine di intervento è massimo. In quest'ottica, il laboratorio sviluppa strumenti digitali innovativi, valida marker cognitivi e neurofisiologici per la predizione del rischio di declino cognitivo e protocolli personalizzati. Questo approccio di medicina di precisione supporta diagnosi precoce, ottimizza percorsi terapeutici e costruisce modelli assistenziali orientati alla continuità di cura e qualità di vita della popolazione anziana a rischio.

Le attività IUSS nel campo delle neuroscienze cliniche coniugano ricerca multimediale, innovazione digitale e impatto concreto sulla salute cognitiva, trasferendo nella pratica clinica approcci multidisciplinari di alta complessità per prevenzione, diagnosi e cura delle patologie neurocognitive. La Scuola, con vocazione transdisciplinare, forma nuove generazioni di ricercatori clinici capaci di muoversi tra laboratorio e ospedale, con prospettiva orientata ai bisogni reali dei pazienti, promuovendo una cultura clinico-scientifica capace di rispondere alle sfide globali delle malattie neuropsichiatriche con strumenti innovativi, sostenibili e orientati alla persona.

# L'approccio multidisciplinare nella dermatologia moderna: una risorsa per la sicurezza e la qualità delle cure



**CARLO FRANCESCO TOMASINI**  
Direttore Dermatologia  
IRCCS San Matteo

Nel contesto della medicina contemporanea, la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza rappresentano due pilastri imprescindibili. In dermatologia, specialità che coniuga l'approccio clinico con la diagnosi istopatologica, la collaborazione tra professionisti di diverse discipline si è rivelata una strategia vincente per migliorare l'accuratezza diagnostica e ridurre il rischio clinico.

La pelle, organo complesso e dinamico, riflette non solo patologie proprie ma anche manifestazioni di malattie sistemiche. La biopsia cutanea, spesso considerata un gesto tecnico semplice, è in realtà un processo articolato che attraversa fasi preanalitiche, analitiche e post-analitiche. Ciascuna di queste fasi comporta potenziali margini di errore, con ripercussioni importanti sull'esito diagnostico e, di conseguenza, sulla gestione del paziente. In questo scenario, il concetto di rischio clinico assume una valenza fondamentale. Ogni atto medico, anche il più routinario, implica una probabilità di errore e una possibile conseguenza per il paziente.

Non si tratta di attribuire colpe, bensì di riconoscere la complessità dei processi sanitari e di costruire sistemi difensivi capaci di intercettare gli errori prima che producano danni. La cosiddetta teoria del "formaggio svizzero" – secondo la quale gli eventi avversi si verificano quando più falliche si allineano all'interno di un sistema – ben rappresenta questa logica. Applicata alla dermatologia, questa visione suggerisce che la prevenzione dell'errore non risiede esclusivamente nella competenza individuale, ma nella capacità di lavorare in rete, condividendo cono-

scenze e prospettive.

Da qui nasce il valore del team multidisciplinare clinico-patologico, un modello organizzativo che integra dermatologi, patologi e altri professionisti sanitari con l'obiettivo di correlare i dati clinici con quelli istologici. Una delle principali fonti di errore in medicina, e in particolare nelle discipline diagnostiche, è la mancanza di comunicazione efficace tra le figure coinvolte nel processo. In dermatologia, un referto istologico privo di informazioni cliniche adeguate può risultare ambiguo o addirittura fuorviante. Viceversa, una descrizione clinica precisa, accompagnata da immagini o indicazioni dermatoscopiche, consente al patologo di orientare meglio la lettura dei preparati e formulare diagnosi più accurate. Il dialogo costante tra clinico e patologo permette inoltre di affrontare i casi più complessi – ad esempio le lesioni melanocitarie atipiche o le dermatosi infiammatorie con alterazioni istopatologiche simili o sovrapponibili – evitando interpretazioni riduttive o descrittive che non guidano il trattamento.

L'integrazione dei dati clinici e morfologici consente anche di contenere i costi sanitari, riducendo il numero di ulteriori biopsie e di accessi nonché di laboratorio non necessari.

## **Il team multidisciplinare: una risposta alla complessità**

L'introduzione di gruppi di lavoro multidisciplinari in ambito dermatologico risponde a una duplice esigenza: garantire un'interpretazione condivisa dei reperti istopatologici e promuo-



vere la formazione continua dei professionisti coinvolti.

Ogni caso clinico sottoposto a biopsia cutanea diventa così occasione di confronto, stimolo alla riflessione critica e strumento di miglioramento continuo della qualità.

Il lavoro in team consente inoltre di sviluppare un approccio più globale al paziente, considerando non solo la dimensione morfologica della malattia ma anche il contesto clinico, psicologico e sociale. Questo modello favorisce l'appropriatezza terapeutica e la personalizzazione delle cure, aspetti oggi centrali in tutte le discipline mediche.

Non va dimenticato, inoltre, che il sistema sanitario è chiamato a confrontarsi con vincoli organizzativi e risorse limitate. In tale contesto, l'approccio multidisciplinare rappresenta non un lusso, ma una strategia di efficienza: evita duplicazioni, razionalizza i percorsi diagnostici e rafforza la fiducia tra operatori e pazienti.

### Rischio clinico e cultura della sicurezza

La gestione del rischio clinico in dermatologia non può prescindere da una cultura della sicurezza che coinvolga tutte le figure professionali. È necessario superare la visione "colpevolizzante" dell'errore per adottare un approccio sistematico, basato sull'analisi dei processi e sulla condivisione degli incidenti o dei quasi-eventi. Gli incidenti manifesti rappresentano solo la punta dell'iceberg: esiste infatti un sommerso di "quasi incidenti" e di condizioni rischiose, che devo essere riconosciuti e corretti. Solo attraverso l'audit clinico e la revisione dei casi è possibile individuare le criticità organizzative e implementare soluzioni efficaci.

Le biopsie cutanee rappresentano un esempio emblematico: errori nella scelta della sede della biopsia, nella tempistica di esecuzione, nella tecnica di prelievo o nel-

la compilazione della scheda clinica possono compromettere l'intero percorso diagnostico. Allo stesso modo, referti istologici non conclusivi o discordanti rispetto al quadro clinico devono essere discussi collegialmente, per evitare trattamenti inappropriati o ritardi terapeutici. In tale prospettiva, la formazione continua gioca un ruolo essenziale. L'aggiornamento su tecniche diagnostiche, criteri istopatologici e protocolli di sicurezza consente di mantenere elevati standard di qualità e di ridurre la varianabilità interpretativa tra professionisti.

### Verso un nuovo modello integrato di cura

L'esperienza maturata in vari centri italiani e internazionali dimostra che la costituzione di gruppi clinico-patologici strutturati migliora significativamente la qualità dei referti, riduce i casi di discordanza diagnostica e accresce la soddisfazione dei pazienti. Tuttavia, la piena implementazione di questi modelli richiede un adeguato supporto istituzionale e organizzativo, nonché il riconoscimento formale del tempo dedicato alla discussione collegiale.

In un'epoca in cui l'intelligenza artificiale e la digitalizzazione stanno trasformando la medicina diagnostica, il confronto umano tra esperti rimane insostituibile.

La tecnologia può supportare l'analisi, ma non può sostituire il giudizio clinico né la sensibilità maturata attraverso il dialogo interdisciplinare. Promuovere un approccio multidisciplinare nella pratica dermatologica significa valorizzare la collaborazione, la comunicazione e la responsabilità condivisa. È un percorso che richiede tempo, formazione e volontà di cambiamento, ma che porta benefici concreti in termini di sicurezza, efficacia e qualità delle cure. In definitiva, la sfida non è soltanto diagnosticare meglio, ma curare insieme, costruendo un sistema capace di apprendere dai propri errori e di mettere realmente il paziente al centro del processo assistenziale.

# L'editoriale del Presidente CAO Informazione sanitaria: il convegno sulle nuove normative



**DOMENICO CAMASSA**  
Presidente CAO Pavia

Ha riscosso notevole successo di partecipazione il convegno: "L'informazione sanitaria alla luce delle nuove normative" che si è svolto lunedì 27 ottobre u.s. presso la sede dell'Ordine, rivolto sia a medici che ad odontoiatri. Il convegno è stato aperto dai saluti istituzionali del Presidente dell'Ordine Dott. Claudio Lisi, del Presidente CAO Dott. Domenico Camassa, del Presidente del Consiglio didattico del Corso di Laurea in Odontoiatria Prof. Andrea Scribante e del Direttore sociosanitario ASST Pavia Dott. Giancarlo Iannello.

Relatore d'eccezione è stato il Dott. Andrea Senna, Presidente Nazionale Commissione Albo Odontoiatri, Vicepresidente OMCEO Milano, Presidente CAO Milano.

Con un linguaggio semplice ed accattivante il Dott. Senna ha illustrato in modo dettagliato le nuove normative in tema di informazione sanitaria, un argomento che associa aspetti sia normativi che deontologici ai quali fare riferimento per non incorrere in illeciti legislativi e deontologici.

Il Dott. Senna ha fatto anche molti

esempi pratici di casi di informazione sanitaria scorretta che hanno comportato l'instaurazione di un iter amministrativo fino alla denuncia presso l'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni come previsto dal comma 536 e sua modifica con la L. n. 238 del 23.12.2021.

Il relatore ha quindi passato in rassegna l'iter legislativo del decreto-legge 69 del giugno 2023 che sostituisce il comma 525 e riassume ciò che avevano ribadito le precedenti leggi in materia atte a garantire una corretta informazione sanitaria.

In sintesi, l'informazione può contenere i titoli professionali, le caratteristiche e le informazioni del servizio offerto, l'onorario delle prestazioni, deve essere veritiera, trasparente, corretta, funzionale all'oggetto, ma non può essere in alcun modo equivoca, ingannevole, denigratoria, attrattiva e suggestiva.

Dopo l'esame dei casi pratici si è svolta una approfondita discussione interattiva tra il relatore e i partecipanti al corso.





La serata è stata particolarmente apprezzata sia dai medici che dagli odontoiatri per la precisa illustrazione dei dettami normativi e per l'analisi dei risvolti etico-deontologici.

Un sentito ringraziamento al Dott. Andrea Senna per la sua gradita presenza e la competenza con cui ha affrontato un argomento importante nell'attività professionale del medico e dell'odontoiatra e che ha un ruolo importante nel rapporto con il paziente sotto i profili etico e deontologico.

Pubblichiamo di seguito gli articoli del Codice Deontologico relativi all'informazione sanitaria e i riferimenti legislativi

### Codice Deontologico

#### Art. 55 Informazione sanitaria

Il medico promuove e attua un'informazione sanitaria accessibile, trasparente, rigorosa e prudente, fondata sulle conoscenze scientifiche acquisite e non divulgando notizie che alimentino aspettative o timori infondati o, in ogni caso, idonee a determinare un pregiudizio dell'interes-

se generale. Il medico, nel collaborare con le istituzioni pubbliche o con i soggetti privati nell'attività di informazione sanitaria e di educazione alla salute, evita la pubblicità diretta o indiretta della propria attività professionale o la promozione delle proprie prestazioni.

#### Art. 56 Pubblicità informativa sanitaria

La pubblicità informativa sanitaria del medico e delle strutture sanitarie pubbliche o private, nel perseguire il fine di una scelta libera e consapevole dei servizi professionali, ha per oggetto esclusivamente i titoli professionali e le specializzazioni, l'attività professionale, le caratteristiche del servizio offerto e l'onorario relativo alle prestazioni. La pubblicità informativa sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere veritiera, corretta e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria. È consentita la pubblicità sanitaria comparativa delle prestazioni mediche e odontoiatriche solo in presenza di indicatori clinici misurabili, certi e condivisi dalla comunità scientifica che ne consentano confronto non ingannevole. Il medico non diffonde notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare attese infondate e speranze illusorie. Spetta all'Ordine professionale competente per territorio la potestà di verificare la rispondenza della pubblicità informativa sanitaria alle regole deontologiche del presente Codice e prendere i necessari provvedimenti.

#### Pillole normative

Legge n. 238 del 23.12.2021

Decreto-legge 13.06.2023 n. 69



# Cambiamento climatico e microbiota intestinale: The Lancet Informa



**MANUELA MONTI**

Prof. di Istologia e embriologia -  
Dip. Sanità pubblica, medicina  
sperimentale e forense  
Università di Pavia



**CARLO ALBERTO REDI**

Accademia dei Lincei; Fondazione  
Umberto Veronesi

The Lancet (*Litchman E, Climate change effects on the human gut microbiome: complex mechanisms and global inequities, www.thelancet.com/planetary-health Vol 9 February 2025*) ha richiamato l'attenzione della comunità scientifica sui negativi effetti che il cambiamento climatico esercita sui microbioti, in particolare su quello intestinale umano, pubblicando una esaustiva revisione della letteratura. Elena Litchman (Kellogg Biological Station, Michigan State University, Hickory Corners, USA) è l'autrice che con una narrativa molto convincente (altrettanto vale per la chiarezza delle illustrazioni) rende subito edotti i lettori che un sano microbiota intestinale è dotato di un'alta ricchezza specifica di specie batteriche (archaea, virus, protozoi e funghi sono solo accennati) capace di assicurare uno strato di muco protettivo, scarsa permeabilità dell'epitelio intestinale e bassa concentrazione di ossigeno.

Il cambiamento climatico con l'eccessivo aumento delle temperature aumenta il rilascio degli ormoni dello stress che alterano lo strato protettivo di muco ed aumentano la permeabilità dell'epitelio intestinale permettendo così a svariate tossine e patogeni l'ingresso nei tessuti dell'ospite. L'alta concentrazione di ossigeno dovuta all'aumentata permeabilità stimola la crescita dei patogeni enterici (molti dei quali sono aerobi facoltativi) mentre sopprime la crescita delle specie dei generi mutualistici benefici (che sono degli anaerobi obbligati). Fatta chiara questa premessa indiscutibile (nonostante ancora molte fantasiose idee negazioniste circolino nell'infosfera) l'articolo esamina tutti gli effetti negativi causati alla salute umana. La

composizione del microbiota intestinale è determinata da fattori come la disponibilità di risorse trofiche (quantità e qualità del cibo), dieta, stili di vita, salubrità ambientale (quantità e qualità del microbiota ambientale) ed altri ancora.

Tutti questi fattori sono a loro volta fortemente dipendenti dalla qualità climatica dell'ambiente nel quale viviamo (aumento di temperature e concentrazione di CO<sub>2</sub>, accesso all'acqua potabile, piovosità, aridità, etc). Ne consegue che il cambiamento climatico che stiamo vivendo esercita esiti avversi per la salute fisica (incidenza di malattie croniche, patologie del sistema immunitario, etc) e mentale (ansia, depressione, etc) alterando composizione, diversità specifica e funzionalità del microbiota intestinale. Diversi i meccanismi in azione: diretti (disponibilità e valori nutrizionali del cibo, ad esempio) e indiretti (alterato microbiota ambientale con aumento dei patogeni enterici presenti nelle acque e nei cibi; la loro consumazione rimodella la composizione del microbiota intestinale, ad esempio). Un buon esempio del primo tipo è l'estrema restrizione calorica che alterando la permeabilità intestinale stimola la colonizzazione di patogeni enterici (i.e., *Enterobacteriaceae*), provoca scarsità di specie beneficiali (*Bacteroidetes*, *Lactobacilli*) ed abbondanza di quelle malevoli (*Firmicutes*, *Escherichia coli* e altri coliformi).

Si stima che oltre il 50% dei patogeni umani aumenterà in abbondanza nel microbiota ambientale a causa dei cambiamenti climatici. Ricorda poi che pure lievi cambi nelle concentrazioni assolute di nutrienti e vitamine



(o anche il loro rapporto) sono in grado di alterare il bilanciamento tra i diversi generi microbici che compongono la comunità del microbiota favorendone uno stato disbiotico.

Ad esempio la deficienza di zinco negli adolescenti in età scolare è in grado di far prevalere generi malevoli del microbiota intestinale (*Acetivibrio*, *Clostridium XI*, *Coprobacter*, *Paraprevotella*) con conseguente stato infiammatorio generalizzato. Ad aggravare la situazione vi è l'aumento del consumo di cibi ultraprocessati, meno favorevoli all'equilibrio del microbiota, nelle popolazioni a scarso reddito. Purtroppo questo fenomeno riguarda anche le popolazioni a stile di vita "occidentale" (e con maggior disponibilità economiche) per ragioni legate al tempo sempre più scarso da loro dedicato alla preparazione alimentare.

Anche i patogeni acquatici che presentano ospiti intermedi nella loro storia del ciclo vitale, ad esempio dei rappresentanti dello zooplankton, aumentano nei periodi caldi con alte precipitazioni e ciò giustifica la prevalenza di manifestazioni diarreiche in condizioni climatiche estreme come pure nel corso di siccità. Quest'ultima condizione quasi sempre porta ad un aumentato consumo di acque inquinate con l'inevitabile aumento del carico enterico di patogeni il che causa un rimodellamento del microbiota intestinale con i conseguenti stati disbiotici e l'instaurarsi di stati infiammatori.

L'innalzamento delle temperature medie ed un aumento consistente della concentrazione di anidride carbonica comporta un'accelerazione della crescita delle piante che però si impoveriscono di zinco, ferro, proteine, vitamine e antiossidanti. L'alterazione tissutale di cereali e legumi ne compromette la fermentazione intestinale con una serie riduzione di produzione di acidi grassi a catena corta (benefici). Inoltre le alte temperature determina-

no un aumento del rilascio degli ormoni dello stress che alterano il sottile strato di muco protettivo dell'epitelio intestinale con aumento della permeabilità e alte concentrazioni di ossigeno; tutti fattori capaci di stimolare la crescita dei patogeni enterici (molti dei quali sono aerobici facoltativi) mentre sopprimono quella dei generi e delle specie microbiche anaerobiche (beneficiali).

Le alte temperature alterano anche la fisiologia dell'allattamento al seno sia nella madre sia nell'infante con possibili alterazioni nella acquisizione del microbiota intestinale dell'infante il che è di particolare rilievo per le popolazioni a basso reddito ove l'allattamento al seno ancora prevale poiché diviene un fattore di esacerbazione delle ineguaglianze.

La lettura dell'articolo dice infine che l'analisi di oltre 32 milioni di documenti ricavati da più di 4000 registri provenienti da oltre cento paesi afferma in modo inequivocabile che i cambiamenti climatici agiscono da catalizzatori dell'antimicrobico resistenza responsabile di alcuni milioni di morti annualmente (la maggior parte nei paesi a medio e basso reddito).

Nell'insieme vi è un urgente bisogno di sviluppare strategie per mitigare questi fenomeni: un ruolo di primo piano è giocato dalla spesa totale in sanità, dal livello generale di copertura immunologica (i.e., copertura vaccinale) e dall'universale accesso a fonti "sicure" di acqua.

Questo, in sintesi, è il messaggio di *The Lancet*, sempre attento anche a sottolineare che gli effetti illustrati dalla Litchman ricadono in maniera altamente disuguale sugli abitanti del pianeta (con preziose illustrazioni della situazione geopolitica): chiamando decisori politici a sviluppare idonee politiche sanitarie e l'intera comunità scientifica (chimici, fisici, geologi, economisti, etc) a fornire altri dati utili per bloccare, almeno attenuare, questa inaccettabile situazione.

# Uno "scudo" per i medici



ALESSANDRA TESTUZZA

Con il via libera del Consiglio dei Ministri del 4 settembre 2025, il tema della responsabilità professionale sanitaria torna al centro del dibattito normativo. Il disegno di legge delega in materia di professioni sanitarie – collegato alla manovra di bilancio – introduce infatti un "scudo penale condizionato", destinato a incidere profondamente sull'assetto del diritto penale sanitario e a superare l'impianto, talvolta ambiguo, delineato dalla legge Gelli-Bianco (L. 8 marzo 2017, n. 24).

La riforma, in attesa della conversione definitiva, mira a rendere strutturale la limitazione della responsabilità penale per gli esercenti le professioni sanitarie ai soli casi di colpa grave, a condizione che il professionista si sia attenuto a linee guida accreditate o a buone pratiche clinico-assistenziali adeguate al caso concreto.

Si tratta di un passaggio significativo, che trasforma in principio permanente ciò che, durante l'emergenza pandemica, era stato introdotto come misura eccezionale con la legge n. 76/2021 (il cosiddetto "scudo penale Covid").

## Dal modello Gelli-Bianco al nuovo equilibrio della colpa

L'articolo 590-sexies del Codice penale, nella versione post Gelli-Bianco, già escludeva la punibilità per colpa da imperizia, ove il sanitario avesse rispettato linee guida o buone pratiche. Tuttavia, la norma lasciava scoperte le ipotesi di negligenza e imprudenza, oltre a generare incertezze applicative sulla concreta valutazione del grado di colpa.

Il nuovo testo interviene in senso

chiarificatore e più ampio. L'articolo 590-sexies, come riformulato, prevede che il sanitario risponda penalmente solo per colpa grave, purché si sia attenuto a raccomandazioni cliniche adeguate. Contestualmente, viene introdotto il nuovo articolo 590-septies, che impone al giudice una valutazione "contestualizzata" della condotta, considerando:

- la scarsità di risorse umane e materiali;
- le carenze organizzative non evitabili dal singolo operatore;
- la complessità della patologia o della prestazione sanitaria;
- la mancanza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche;
- le condizioni di urgenza o emergenza e la cooperazione multidisciplinare.

Si introduce così una prospettiva più aderente alla realtà operativa, che evita giudizi astratti e consente una ponderazione del comportamento medico alla luce del contesto strutturale e organizzativo in cui è maturato l'evento.

## Una riforma "difensiva" della medicina difensiva

Sul piano politico-istituzionale, la ratio della norma è chiaramente espressa dai ministri Schillaci e Nordio: ridurre gli effetti "perniciosi" della cosiddetta medicina difensiva, fenomeno che comporta costi stimati in oltre 11 miliardi l'anno, oltre a determinare un allungamento delle liste d'attesa e un indebolimento dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale. Limitare la



punibilità penale alle sole ipotesi di colpa grave non significa, tuttavia, favorire l'impunità. Come precisato dallo stesso Governo, il diritto dei cittadini al giusto risarcimento del danno rimane integro, così come la possibilità di promuovere procedimenti disciplinari o amministrativi nei confronti dei professionisti.

#### **Lo scudo penale non tocca la responsabilità civile**

Proprio questo aspetto segna il punto di equilibrio della riforma. Il nuovo scudo penale non incide sul versante civile e deontologico della responsabilità sanitaria. Il medico potrà dunque essere esonerato da sanzioni penali per colpa lieve, ma resterà comunque obbligato a risarcire i danni derivanti da eventuali errori professionali, anche solo parzialmente. Permangono inoltre la responsabilità amministrativa (per il personale dipendente pubblico) e quella disciplinare innanzi agli Ordini professionali. La distinzione tra i piani di responsabilità appare coerente con il principio di proporzionalità sancito dalla Corte costituzionale e ribadito dalla giurisprudenza di legittimità, che impone di differenziare l'intervento punitivo dallo strumento riparatorio e da quello regolativo dell'etica professionale.

#### **Coperture assicurative: un presidio ancora centrale**

In questo contesto, le tutele assicurative conservano – e anzi rafforzano – la loro funzione sistemica. Il venir meno della punibilità penale per colpa lieve non esonera infatti il medico dal rischio economico connesso al risarcimento del danno civile né dalle spese legali correlate alla difesa nei vari procedimenti.

Restano dunque imprescindibili: le polizze di respon-

sabilità professionale, obbligatorie ai sensi della legge Gelli-Bianco; le coperture per colpa grave, che tutelano il sanitario pubblico quando l'amministrazione si rivale per danni erariali; le garanzie di tutela legale, che assumono rilievo anche in sede penale e disciplinare.

Le compagnie assicurative saranno chiamate, probabilmente, ad aggiornare i propri modelli di rischio e le clausole contrattuali, tenendo conto del nuovo perimetro normativo della colpa medica. La distinzione tra colpa lieve e colpa grave, infatti, potrebbe incidere sui massimali, sulle franchigie e sulla valutazione del premio, in funzione del grado di esposizione del professionista.

#### **Conclusioni: verso una responsabilità "ragionevole"**

La riforma del 2025 segna un'evoluzione del sistema verso una responsabilità sanitaria più ragionevole e contestualizzata, capace di bilanciare l'interesse pubblico alla sicurezza delle cure con la necessità di tutelare i professionisti da un eccesso di penalizzazione.

Tuttavia, lo scudo penale condizionato non è uno "scudo totale": il medico continua a rispondere in sede civile e disciplinare e deve mantenere un comportamento conforme alle linee guida, alla deontologia e alla diligenza richiesta dal caso concreto.

In definitiva, la vera garanzia per il sistema non risiede tanto nell'esonero dalla punibilità, quanto nella certezza delle regole, nella formazione continua e nella copertura assicurativa adeguata. Solo un equilibrio consapevole tra tutela del paziente e protezione del professionista potrà garantire una sanità più giusta, sostenibile e umanamente sicura.

# Medicina sportiva all'Ordine



**MARIO IRENEO STURLA**

Il 6 settembre scorso presso la sede dell'Ordine dei Medici si è tenuto il Convegno di Medicina sportiva intitolato "Salute e stili di vita: un binomio indissolubile?" organizzato dall'Associazione Medico Sportiva pavese guidata dal noto Prof. Mario Ireneo Sturla. Al congresso, tra gli altri, erano anche presenti il Presidente dell'Ordine dei Medici pavesi Dott. Claudio Lisi nonché consigliere dell'Associazione Medico Sportiva pavese, l'On. Alessandro Cattaneo ed il Campione del mondo di Pugilato e Medaglia d'oro olimpica Maurizio Stecca. Il Dott. Lisi, oltre ad aver portato i suoi saluti, si è congratulato con il Prof. Sturla per la presenza dell'aula gremita già all'apertura dei lavori alle ore 8:30. L'obiettivo è stato quello di porre l'attenzione sulla prevenzione primaria in ambito cardiovascolare e neurologico.

Non a caso il convegno è stato aperto non solo a Specialisti in Medicina ma anche a fisioterapisti, preparatori atletici e biologi nutrizionisti così da permettere la più ampia diffusione di un argomento così importante nella realtà attuale. È ormai consolidato il principio secondo cui un adeguato investimento nella prevenzione consente di ridurre significativamente le spese sanitarie, grazie alla diminuzione dell'incidenza di patologie cerebro cardio vascolari maggiori.

Il Convegno si è aperto trattando il versante cardiologico dove il Dott. Gianmatteo Azzarà (nella quotidianità impiegato come cardiologo riabilitatore presso l'IRCCS Maugeri) ha analizzato la stretta correlazione tra sintomi neurologici e patologie cardiologiche, una per tutte la sindrome di Tako-tsubo. A seguire è stata la volta del

Dott. Riccardo Drago, specializzando in Medicina interna al Policlinico San Matteo, che ha presentato la nuova pubblicazione della Federazione Medico Sportiva Italiana (FMSI) in merito alla prescrizione dell'esercizio fisico soprattutto negli atleti affetti da patologie metaboliche o cardiovascolari. L'attenzione non è mancata neanche all'aspetto nutrizionale, dove il Dott. Luca Pacciolla ha trattato del metabolismo osseo nello sportivo e l'eventuale opportuna integrazione.

Si è in seguito passati al cervello, per il quale è stato richiesto l'intervento da San Pellegrino del Prof. Giovanni Pietro Salvi, primario presso l'Istituto Clinico Quarenghi, il quale ha posto l'accento sulla prevenzione delle patologie cerebrali, in particolare Parkinson, Alzheimer e stroke, proponendo opportuni stili di vita per ridurne il rischio.

Sullo stesso tema ha in seguito relazionato il responsabile del Convegno, il Prof. Mario Ireneo Sturla, il quale ha presentato l'attuale stato dell'arte sulla ricerca dei biomarcatori nel trauma cranico e l'eventuale loro utilizzo nella pratica clinica quotidiana. Non sono mancati a latere i complimenti del Campione olimpico Maurizio Stecca che ha, tra l'altro, colto l'occasione per mettere all'erta i più giovani che si avvicinano al mondo sportivo sulla consultazione senza spirito critico dei soci. Frequentemente vengono pubblicizzati tipi di allenamento o di integrazione alimentare che non sono adatti a chi per la prima volta si avvicina al mondo sportivo e che quindi devono essere presi in considerazione con estrema attenzione.

# Psicologia di base e comunità a Pavia: convegno sull'integrazione ospedale-territorio

## REDAZIONE

Sabato 13 settembre 2025, presso la sede dell'Ordine dei Medici di Pavia, si è svolto il convegno "Psicologia di base e di comunità: integrazione ospedale-territorio". L'evento, organizzato da ASST Pavia nell'ambito del Sistema Socio Sanitario di Regione Lombardia, ha messo al centro il tema dell'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali e la funzione della psicologia come chiave di volta per una presa in carico moderna e vicino alle esigenze dei cittadini.

Responsabili scientifici dell'iniziativa erano il Dr. Fabrizio Pasotti, Responsabile Psicologia delle Cure Primarie, e la Dr.ssa Mariacristina Migliardi, con il supporto della Tutor Dr.ssa Sara Cozzi. L'appuntamento, che ha visto una significativa partecipazione di professionisti del settore, è stato promosso in collaborazione con l'Ordine degli Psicologi della Lombardia, confermando l'importanza strategica del tema per l'intera comunità professionale e sanitaria del territorio pavese.

Nel corso della mattinata si è discusso degli ultimi sviluppi riguardanti la psicologia di base e la psicologia di comunità nel contesto lombardo, focalizzando l'attenzione sulla necessità di una stretta collaborazione fra territorio e ospedale, elemento ritenuto fondamentale per garantire interventi tempestivi e realmente efficaci. Tra i temi centrali del dibattito, particolare rilievo è stato dato al nuovo servizio di psicologia delle cure primarie attivo in Regione Lombardia, un modello innovativo che punta a rivoluzionare l'approccio alla salute mentale sul territorio.

Ampio spazio è stato dedicato al ruolo dello psicologo di base nelle Case di

Comunità, strutture destinate a diventare punti di riferimento fondamentali per l'assistenza sanitaria di prossimità. Queste realtà rappresentano infatti il luogo privilegiato dove si concretizza l'integrazione tra ospedale, territorio e professionisti sanitari, creando una rete di assistenza continuativa e coordinata che mette al centro la persona e i suoi bisogni.

Un aspetto particolarmente innovativo emerso durante i lavori riguarda la possibilità per i cittadini di accedere ai servizi di psicologia di base senza necessità di prescrizione medica. Questo elemento facilita notevolmente l'accesso alle cure, abbattendo barriere burocratiche e consentendo interventi più tempestivi. Il servizio si caratterizza inoltre per un approccio incentrato sulla prevenzione, sull'ascolto attivo, sulla diagnosi precoce e sull'orientamento della persona verso i percorsi più adeguati alle sue necessità specifiche.

Particolare attenzione è stata dedicata al ruolo del Responsabile di Psicologia delle Cure Primarie, una figura sempre più indispensabile per coordinare le attività di prevenzione, assistenza e sostegno psicologico rivolte alla popolazione locale. Questa figura professionale rappresenta il punto di raccordo tra le diverse realtà sanitarie del territorio, garantendo continuità assistenziale e omogeneità degli interventi.

L'evento si è posto inoltre come occasione di confronto tra professionisti, tutori e attori istituzionali impegnati nella costruzione di un sistema socio-sanitario integrato, con una regia chiara e strumenti operativi condivisi.

# Parkinson, IUSS di Pavia e IRCCS Maugeri di Bari guidano lo studio che anticipa la diagnosi grazie all'intelligenza artificiale

## REDAZIONE

L'Istituto Universitario di Studi Superiori IUSS di Pavia e IRCCS Maugeri Bari firmano un importante traguardo nell'ambito della ricerca neurocognitiva e dell'impiego dell'intelligenza artificiale, guidando uno studio che apre nuove prospettive nella diagnosi precoce della malattia di Parkinson. Pubblicato sulla prestigiosa rivista *njp Parkinson's Disease* (Nature Publishing Group), lo studio rappresenta il primo contributo al mondo ad applicare un modello multivariato basato su AI e Natural Language Processing (NLP) su pazienti di lingua italiana.

Lo studio è il risultato di una collaborazione tra il centro di ricerca Ailice Labs (Artificial Intelligence Research Group) dello IUSS di Pavia, il Laboratorio di Neuropsicologia dell'IRCCS Maugeri Bari e partner internazionali come il Global Brain Health Institute (UCSF) e l'Universidad de San Andrés (Argentina), oltre alla società DeepTrace Technologies, spin-off IUSS.

Il progetto mira a creare biomarcatori digitali del linguaggio che consentono di identificare precocemente fenotipi di Malattia di Parkinson. Lo studio ha analizzato campioni vocali raccolti da 40 pazienti presso IRCCS Maugeri Bari, ai quali è stato chiesto di compiere attività linguistiche, quali descrivere immagini complesse o parlare liberamente. I ricercatori hanno elaborato questi dati con algoritmi AI avanzati, estrapolando variabili linguistiche utilizzate per addestrare un modello di machine learning.

"Abbiamo dimostrato la fattibilità tecnica di analizzare il parlato in lingua italiana – spiega Simona Aresta, prima autrice, ricercatrice bioingegneria all'IRCCS Maugeri di Bari e dottoranda

IUSS presso The Hadron Academy -. È un primo passo verso strumenti clinici digitali, scalabili e applicabili anche a distanza".

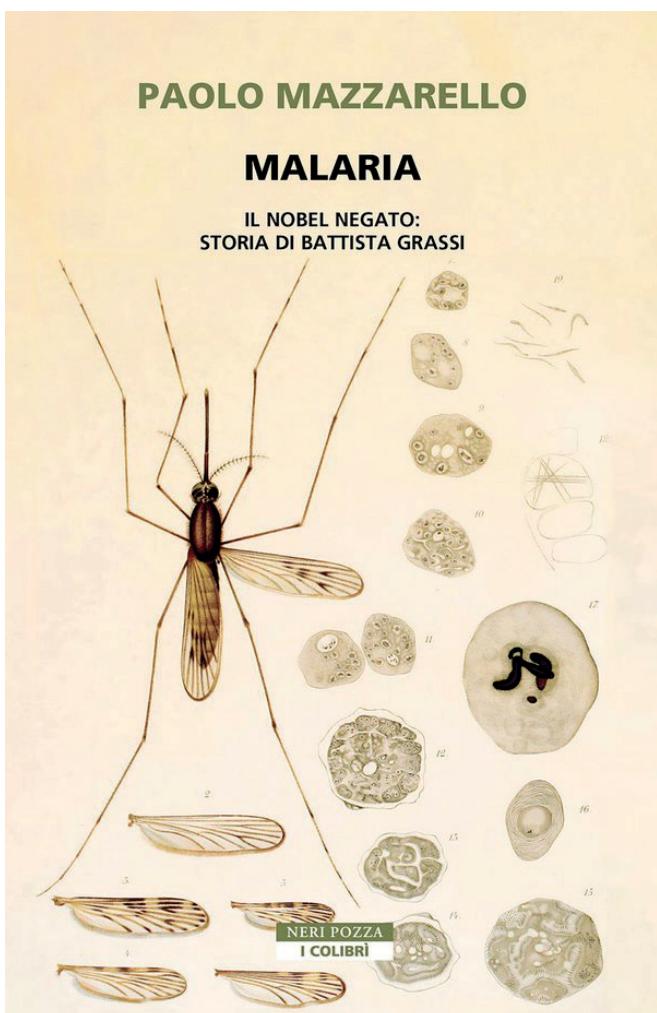
I risultati sono promettenti: 77% di accuratezza nel distinguere pazienti con Parkinson da soggetti sani; fino all'85% nella classificazione dei sottogruppi cognitivi; 75% di performance nel distinguere i due fenotipi cognitivi della malattia (PD-nMCI vs PD-MCI).

"Tra i marcatori più indicativi emersi dall'analisi, spicca la riduzione nell'uso dei verbi d'azione. Questi elementi linguistici, elaborati in aree cerebrali come il lobo frontale, spesso coinvolte nei primi stadi della malattia, sembrano essere particolarmente sensibili al deterioramento precoce. Inoltre, è stata rilevata una maggiore frequenza di riformulazioni del discorso e una ridotta produzione di parole appartenenti a classi aperte, come nomi e verbi, suggerendo una difficoltà crescente nell'accesso lessicale - dichiara la dott.ssa Petronilla Battista, neuropsicologa e logopedista Responsabile del Laboratorio di Neuropsicologia all'IRCCS Maugeri Bari e corresponding author dello studio -. Il linguaggio è una finestra preziosa sulle funzioni cognitive del cervello. I dati dimostrano che l'analisi automatica del parlato può diventare uno strumento affidabile non solo per identificare precocemente i diversi fenotipi della malattia di Parkinson, ma anche per valutare l'efficacia delle terapie farmacologiche in atto".

I prossimi obiettivi puntano a estendere lo studio a campioni clinici più ampi, consolidando ulteriormente l'affidabilità dei risultati.

# Malaria Il Nobel negato: storia di Battista Grassi

di Paolo Mazzarello, ed.Neri Pozza



Nel 1902 il premio Nobel per la Medicina venne assegnato al medico britannico Ronald Ross «per il suo lavoro sulla malaria». Ma, sulla sola base dei suoi studi, nessuna profilassi contro la malattia sarebbe stata realizzabile. Il riconoscimento escludeva Battista Grassi, il medico lombardo che aveva identificato la zanzara del genere *Anopheles* responsabile del contagio, descrivendo lo sviluppo del parassita nell'insetto e la sua trasmissione all'uomo.

Grazie alle proprie ricerche, lo studioso italiano fu il primo a organizzare una profilassi antimalarica scientificamente fondata. Per quale ragione Grassi venne escluso dal Nobel che avrebbe dovuto condividere con Ross? Basandosi sugli studi storici più recenti e sulla documentazione esistente, *Malaria* racconta l'incredibile congiura ordita contro Grassi, guidata dallo stesso Ross e dal grande microbiologo tedesco Robert Koch, della quale fecero inconsapevolmente parte alcuni colleghi italiani. Proprio nelle cruciali settimane in cui si sarebbe decisa l'assegnazione del premio, infatti, non lo appoggiarono o addirittura lo accusarono di plagio. Alla base dell'accanimento dei colleghi vi furono diverse ragioni, non ultimo il carattere irruento del medico, che gli creò nemici potenti. Come in un thriller scientifico, fra colpi bassi, spie di laboratorio e pericolosi esperimenti, questo libro descrive la vita singolare e straordinaria di Giovanni Battista Grassi a cento anni dalla scomparsa, un genio naturalista allo stato puro, premiato nel 1896 con la Darwin Medal della Royal Society di Londra, il massimo riconoscimento dell'epoca per chi si fosse distinto negli studi biologici. Ma al quale, per una congiura scientifica, venne negato il Nobel.

La pestilenza dominava su ampie porzioni del globo. Nel corso dell'Ottocento oltre metà della popolazione mondiale era a rischio di contrarla e, probabilmente, una persona su dieci periva a causa del morbo. In Italia la malaria era quasi una "malattia nazionale" perché colpiva estese zone della penisola. Scoprire l'origine del contagio significava assicurare l'immortalità scientifica al proprio nome.

Dall'autore di *Storia avventurosa della medicina*, la ricostruzione di una grande scoperta e della congiura scientifica che negò a Battista Grassi il premio Nobel. Intrighi, colpi bassi, spionaggio di laboratorio: un thriller scientifico ricostruito su documenti inediti a un secolo dai fatti.

# L'Ordine di Pavia Informa

**Pubblichiamo l'elenco delle nuove iscrizioni, delle cancellazioni e delle iscrizioni deliberate nelle sedute di Consiglio. Pubblichiamo altresì le iscrizioni nell'elenco psicoterapeuti.**

## ISCRIZIONI ALBO MEDICI EX NOVO

Abbasiharofteh Kiana, Abu Ghanima Nadeem, Almici Arianna Rosa, Artana Chiara, Avsar Deniz Dilan, Bandi Francesca, Bozzani Angelica, Brusco Anna, Cabras Giacomo, Calisir Deniz Doga, Carminati Ilaria, Castro Carrillo Anamaria, Colombi Valeria, Comelli Anna, Costa Couto Debora, Dainotti Chiara, Davila Marquez Marabeth Roymar, Galluccio Federica, Gambini Francesca, Lanati Otiavia, Legittimo Aurora, Leoncavallo Paolo, Leone Francesca, Lista Cristina, Lizzos Gaia, Locurcio Alessia, Maiola Madia, Mangano Riccardo, Marcelo Meza Wendy Jhasmin, Marcucci Alice, Milanesi Giulia, Minerdo Virginia, Montopoli Cecilia, Muda Annagaia, Negretti Aurora, Pérez Morrissey Brian, Perone Lavinia, Perzolli Mattea, Platania Rebecca, Russo Simona, Satta Giulia, Scafa Sofia, Sokhanvar Saeed, Trobbiani Giulio, Varmazyar Mahshad, Viola Marta, Al Saheli Bissan, Ciocoi Mariela, Fornasari Luca, Mocchi Luciano, Pagella Sara, Polverino Giovanni, Senol Gul Nihan, Sip Benjamin Sorn, Tannoia Silvia, Ambrosetti Alberto, Baydoun Maysaa, Ferrari Federica, Germano' Caterina, Kishlar Maryna Mykolayivna, Petrarulo Roberta, Pruiu Andrei Aurelian, Spagnolo Laura, Testa Mirco.

## ISCRIZIONI ALBO MEDICI PER TRASFERIMENTO

Baglio Debora, Sciarabba Alessio, Frattola Sofia, Galimberti Cristina, Venturino Marta, Cella Alessandra, Cocco Maria.

## ISCRIZIONI ALBO ODONTOIATRI EX NOVO

Cavallaro Chiara, Della Monaco Alessia, Rocchi Chiara, Tarek Ragab Nada, Virgili Noemi, Zorkot Mohammad, Lattari Marco.

## CANCELLAZIONI ALBO MEDICI

Bonsangue Aurelio, Gerosa Ettore, Vedovelli Rosa, Corbella Francesca Micol Maria, Degrate Alessandro, Fina Fernando, Gobbi Paolo, Leone Vincenzo, Magrotii Emilio, Marchetta Pasquale, Oldani Graziano, Perego Maurizio, Precerutti Giovanni, Allegri Mirco, Degiovannini Pierluisa.

## CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI

Ercole Cesare, Lombardini Alberto, Sacchi Umberto.

## CANCELLAZIONI ALBO MEDICI PER TRASFERIMENTO

Gagliardi Michela, Perticarini Loris, Diano Laura, Fontana Danilo Andrea, Frondana Raphael, Fulle Ilaria, Kadja Zamir, Martinotti Davide, Mongodi Giacomo, Paviglianiti Calogero Andrea, Romano Davide, Ursini Francesco, Musso Celeste.

## STP

Sonovis Medica Srl società tra professionisti - n. 8.

## CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI

Franchini Graciela Elsa, Marchetta Pasquale, Truscello Antonio, Allegri Mirco, Sterza Giuseppe.

## DECESI – *Il Presidente ed il Consiglio dell'Ordine esprimono il loro cordoglio per la scomparsa dei colleghi*

GEROSA ETTORE, FINA FERNANDO, GOBBI PAOLO, PEREGO MAURIZIO, ALLEGRI MIRCO,

# L'Ordine di Pavia Informa

## Elenco medici disponibili per sostituzioni

Pubblichiamo l'elenco aggiornato (consultabile anche presso gli Uffici dell'Ordine) dei medici disponibili per sostituzioni di Medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta, allo scopo di favorire l'incontro tra "domanda" e "offerta" di lavoro.

Coloro che fossero interessati ad essere inseriti nell'elenco possono comunicare per iscritto alla Segreteria dell'Ordine i loro dati secondo un modulo prestampato disponibile sia presso gli Uffici dell'Ordine che nel sito internet dell'Ordine stesso. Il modulo prevede, tra l'altro, il rinnovo per iscritto ogni sei mesi dalla richiesta, pena il decadimento della

stessa

e la possibilità di inserimento nel sito internet dell'Ordine in un'area accessibile agli iscritti a Pavia tramite username e password. L'elenco presente nel sito è aggiornato periodicamente, come quello disponibile presso gli Uffici dell'Ordine. La decisione del rinnovo ogni sei mesi è stata presa dal Consiglio dell'Ordine in seguito alle numerose segnalazioni di medici relativamente alla difficoltà di reperire un sostituto tra coloro che hanno comunicato la loro disponibilità all'Ordine. Comunque, anche una volta decaduta la domanda, anche se non rinnovata, sarà sempre possibile iscriversi all'elenco nel momento in cui vi fosse ancora la disponibilità alle sostituzioni di Medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta.

COGNOME E NOME	ORDINE	QUALIFICA	ZONE
AL SAHELI Bissan	PAVIA	MMG	Pavia e Pavese
BALDI Gabriele	PAVIA	MMG RSA	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina
CICERONE Ottavia	IMPERIA	MMG RSA	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina Voghera e Oltrepò
COLOMBI Valeria	PAVIA	MMG RSA	Vigevano e Lomellina
DAHER Antoine	PAVIA	MMG RSA	Pavia e Pavese
DAINOTTI Chiara	PAVIA	MMG RSA	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina
DUSIO Ginevra	ALESSANDRIA	MMG RSA	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina Voghera e Oltrepò
FABBRIS Carlotta	PAVIA	MMG RSA	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina Voghera e Oltrepò
PISCOPIELLO Valeria	LECCE	PLS	Pavia e Pavese Vigevano e Lomellina Voghera e Oltrepò



# Buone Feste



*Questo è il momento perfetto per ringraziare  
chi ha condiviso il nostro cammino*



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della Provincia di Pavia