

Un filo rosso attraversa buona parte dei contributi di questo fascicolo: il rapporto tra tecnologia e medicina, tra efficienza e umanità della cura, tra innovazione e responsabilità. È un tema che si declina in forme diverse – dall'intelligenza artificiale alla peer review, dalla chemioterapia domiciliare agli anticorpi coniugati – ma che in ogni caso interroga il modo in cui la medicina contemporanea affronta le proprie trasformazioni.

L'editoriale di Sandro Spinsanti (pagina 213) apre il dibattito da un angolo apparentemente tecnico – il consenso informato – ma in realtà filosoficamente denso. La pratica corrente, ridotta spesso a un modulo da firmare con finalità difensivistiche, tradisce lo spirito della legge 219/2017 e i valori della sobrietà, del rispetto, dell'equità. Spinsanti ricorda che il consenso non è un atto burocratico ma la forma concreta di una relazione di cura. Trattare come uguali persone con competenze linguistiche e culturali diverse – scrive – produce quella che possiamo definire una raffinata ingiustizia. Il richiamo all'autonomia del paziente e alla personalizzazione dell'informazione non è distante, come vedremo, dalle preoccupazioni che attraversano i contributi sull'intelligenza artificiale.

Proprio l'IA è al centro di due riflessioni nell'Osservatorio. Alessandro De Cassai e Burhan Dost (pagina 216) descrivono una crisi silenziosa ma sistemica dell'editoria scientifica: troppi articoli, troppo pochi revisori. La proliferazione delle riviste accademiche, l'accelerazione impressa dagli strumenti di IA alla produzione di manoscritti e la natura non retribuita della peer review stanno concentrando un carico insostenibile su un gruppo ristretto di persone già sovraccariche di impegni e non sempre preparate. Gli autori propongono soluzioni concrete – sistemi formali di riconoscimento, l'uso selettivo dell'IA per lo screening preliminare, politiche più rigorose di desk rejection – ma soprattutto invitano la comunità scientifica a una riflessione urgente prima che il sistema collassi. Riccardo Lucis e Chiara Nuovo (pagina 219) offrono invece una lettura critica dell'IA in sanità attraverso il paradosso di Jevons: i guadagni di efficienza, anziché liberare tempo per la relazione di cura, rischiano di generare nuova domanda e nuovi carichi, alimentando quella che gli autori chiamano la "trappola della produttività". Il loro approccio "prometeico" – riflettere prima di agire, garantire equità

territoriale, tutelare il tempo umano nella cura – non è un freno all'innovazione ma una bussola per governarla. I due contributi si leggono in dialogo tra loro e con l'editoriale di Spinsanti: la tecnologia, senza governance consapevole, rischia di svuotare proprio ciò che dovrebbe sostenere.

Dalla letteratura internazionale arrivano dati che ampliano questa prospettiva su scenari clinici concreti. Lo studio su UK Biobank (pagina 207) dimostra che micro-variazioni combinate di sonno, attività fisica e qualità della dieta si associano a una riduzione misurabile del rischio cardiovascolare: un messaggio di prevenzione "realistica", lontano dai target standardizzati e più vicino alla quotidianità dei pazienti. L'IA entra anche nello screening mammografico con il trial MASAI (pagina 210), che su oltre 105.000 donne svedesi ha mostrato come il supporto algoritmico riduca i tumori intervallo senza aumentare i richiami, aprendo la strada a una nuova integrazione tra lettura umana e analisi automatizzata. I dati sulla demenza in Europa aggiornati da Alzheimer Europe (pagina 211) proiettano per il 2050 quasi 20 milioni di persone colpite nel continente, con l'Italia tra i Paesi più esposti per struttura demografica: una pressione crescente su diagnosi, continuità assistenziale e politiche intersettoriali. Due studi italiani sulle lesioni midollari nell'anziano (pagina 209) mostrano come il potenziale di recupero neurologico si conservi oltre i 70 anni, ma la traduzione in autonomia funzionale resti una sfida riabilitativa complessa, che richiede percorsi personalizzati.

Tra gli articoli originali, il Progetto COMBO dell'Asl Città di Torino (pagina 230) documenta la fattibilità di un passaggio strutturato dall'ossigeno liquido ai concentratori di ossigeno nell'assistenza domiciliare: un intervento organizzativo che dimostra come il ruolo di governance del servizio farmaceutico territoriale possa migliorare appropriatezza e sostenibilità senza compromettere la continuità delle cure. Sulla resistenza antimicrobica, l'analisi dell'Ausl di Piacenza (pagina 236) fotografa quattro anni di consumo ospedaliero di antibiotici, evidenziando progressi rispetto agli obiettivi del Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico resistenza ma anche una preoccupante tendenza alla sostituzione degli antibiotici Access con quelli Watch, che impone una riflessione sulle strategie di stewardship.