

CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA A TEMPO
INDETERMINATO DI N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO - AREA DELLA MEDICINA
DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI - DISCIPLINA: MEDICINA LEGALE.

PROVA SCRITTA:

- Prova scritta n° 1: L'autopsia per riscontro diagnostico e la trasparenza dei dati ai sensi dell'art. 4 della legge 8 marzo 2017 n. 24
- Prova scritta n° 2: Il ruolo del medico legale nel Comitato Valutazione Sinistri
- Prova scritta n° 3: La valutazione del minore ai fini dell'invalidità civile

La Commissione stabilisce i criteri per la valutazione della prova scritta che vengono di seguito riportati:

- correttezza della forma grammaticale, sintattica ed ortografica;
- appropriatezza del linguaggio;
- pertinenza, esposizione logica e coerenza dell'elaborato con la traccia assegnata;
- capacità di analisi e sintesi nella trattazione;
- chiarezza, pertinenza e completezza espositiva / analitica.

Il superamento della prova scritta è subordinata al raggiungimento di una valutazione complessiva di sufficienza, espressa in termini numerici, di almeno 21/30.

PROVA PRATICA:

- Vedi allegati

La Commissione stabilisce i criteri per la valutazione della prova pratica che vengono di seguito riportati:

- aderenza ai contenuti richiesti;
- uso di terminologia adeguata;
- completezza della risposta;
- scrittura leggibile;
- capacità di sintesi.

Il superamento della prova pratica è subordinata al raggiungimento di una valutazione complessiva di sufficienza, espressa in termini numerici, di almeno 21/30.

PROVA ORALE:

- Prova orale n°1: Accertamento clinico e accertamento strumentale della morte
- Prova orale n°2: Disposizione anticipata di trattamenti e pianificazione condivisa delle cure
- Prova orale n°3: I marcatori dell'abuso alcolico
- Prova orale n°4: Il ruolo del medico legale nella gestione del rischio clinico

La commissione valuterà le risposte in base ai seguenti criteri:

- 1) pertinenza, in relazione al grado di esposizione e sviluppo rispetto alle indicazioni richieste dalle tracce estratte;
- 2) completezza, in base al grado di trattazione congrua e sequenzialità logica a sostegno delle argomentazioni svolte;
- 3) correttezza del linguaggio, in base alla chiarezza espositiva, correttezza lessicale e uso adeguato del linguaggio.

Il superamento della prova orale è subordinata al raggiungimento di una valutazione complessiva di sufficienza, espressa in termini numerici, di almeno 14/20.

Esine, 31.10.2025

PROVA ESTRATTA

PROVA PRATICA N. 1

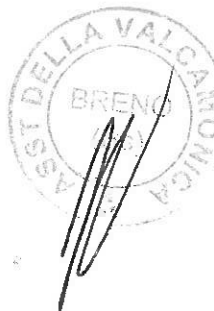
AA - f. l. e.



ASST

OCULISTICA AMBULATORIO

Responsabile: PROP



Paziente

Nascita

27/09/1999

Residenza

Codice fiscale

Numero Accesso 2022/2124502/1

Prestazioni

VISITA DI CONTROLLO OCULISTICA

Tessera Sanitaria n.: [redacted]

Referto Amb. SCB - OCULISTICA

Egregio Collega,

ho visitato in data odierna il suo assistito [redacted] nato il 27/09/1999 e residente in [redacted].

NOTA ENCEFALOPATIA CONGENITA DI NDD CON OTTICOPATIA; IN TERAPIA E FOLLOW-UP C/O IST BESTA DI MILANO.
HA ESEGUITO CV BINOCULARE PERCENTUALE IL 19.09.2022 = 10,5%

VOD: 1/50 nmcl

VOS: 1/50 nmcl

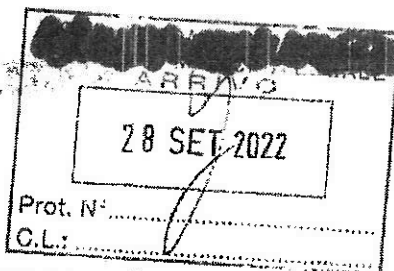
Nistagmo stocastico, senza direzione preferenziale e prevalentemente a frequenza medio alta anche con componente rotatoria.

OO cornea trasparente; CA profonda, riflessi pupillari presenti benché torpidi, cristallino trasparente

FOO per quanto esplorabile papille pallide in toto, vasi e retina centrale apparentemente indenni.

Si prenderà contatto con Centro di Via Nikolaevka per concordare eventuali ausili informatici compatibili con le attività riabilitative/abilitative in corso.

Cordialmente



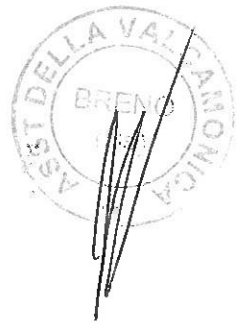
Validato in Data, 19/09/2022 13:58 Da [redacted]
Firmato in Data, 19/09/2022 13:59 Da [redacted]

Il Medico Specialista
(timbro e firma)

[Signature]
OCULISTICA
Dr. [redacted]

1/1

IMPORTANTE: Il presente referto deve essere conservato dall'assistito e ripresentato in caso di visite successive.
Se firmato digitalmente, è disponibile anche su Internet. E' sufficiente collegarsi al sito www.crs.lombardia.it nella sezione - Servizi On Line per il cittadino - per scoprire come accedere al proprio Fascicolo Sanitario Elettronico e consultare i referti.
ID DOCUMENTO 13833763 Stampato il 19/09/2022 13:59
Referto firmato digitalmente secondo quanto indicato in D.E. 57/43/EURATOM, D. Min. 14.2.97, D. Lgs. 187/200 e collegati



Paziente: [redacted]
DON: 27-set-1999
Sesso: Uomo
ID: [redacted]

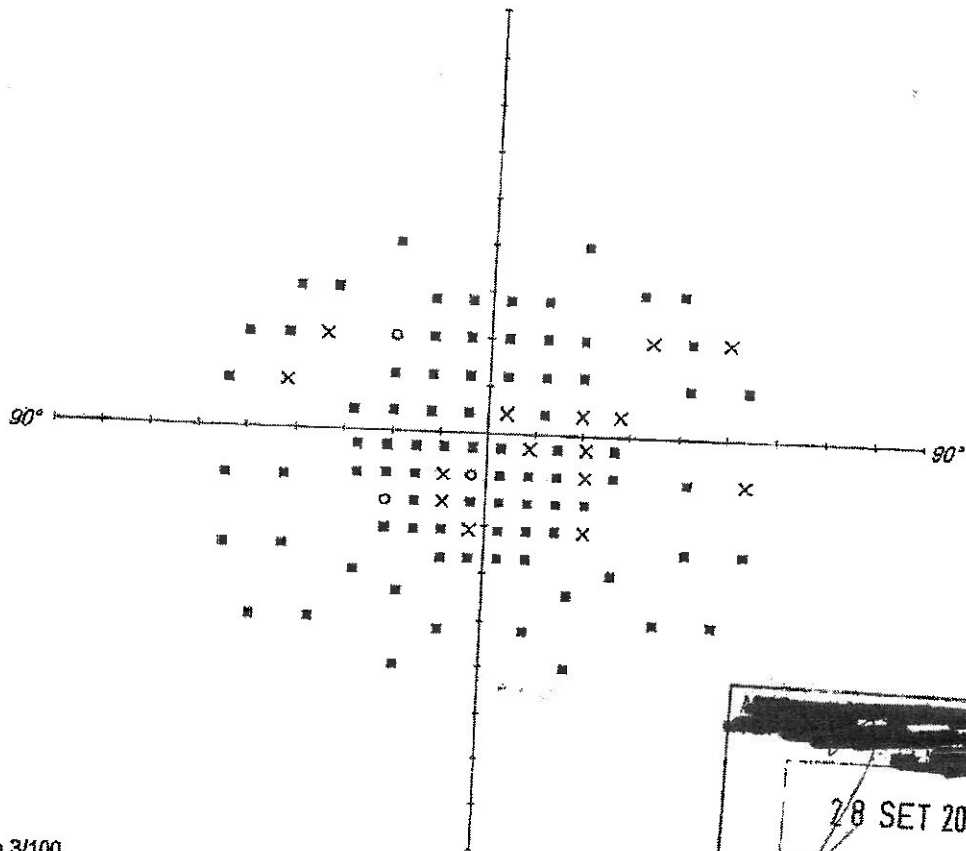
Bipolar
OD Screening

C.V. % Test di screening

Monitor fissazione: Disattivato
Mira di fissazione: Centrale
Perdite di fissazione: 0/0
Errori falsi POS: 0/23
Errori falsi NEG: 10/10 XX
Durata test: 11:58
Riferimento centrale: 34dB
Riferimento periferico: 34dB

Stimolo: Ill, Bianco
Sfondo: 31,5 asb
Strategia: Tre zone
Modo test: Corretto per età
Diametro pupillare:
Acuità visiva:
Rx: +0,00 DS

Data: 19-set-2022
Ora: 13:21
Età: 22



- o Percepito 3/100
- x Difetto 15/100
- Non percepito 82/100
- △ Area cieca

[redacted]
28 SET 2022
Prot. N° [redacted]
C.L.: [redacted]

[redacted signature]

Commenti

6

Mr. Fisher

AMBULATORIO DI GERIATRIA

"E-File 10 07400 000"
 E-File 10 07400 000
 E-File 10 07400 000
 E-File 10 07400 000

Cuore: toni ritmici.



Torace: MV presente su tutto l'ambito, basi mobili.

Esame neurologico: non segni di lato, non deficit dei nervi cranici, disartrografia, facies ipomimica, tremore a fini scosse agli arti superiori in estensione, ipertono ai 4 arti.

Passaggi posturali eseguiti con doppio appoggio ambientale o con aiuto di una persona.

Stazione eretta con occasionale appoggio ambientale.

Deambulazione lenta, instabile, a passi di ampiezza ridotta con freezing allo starting ed al turning, atteggiamento camptocormico, con disequilibrio soprattutto nei cambiamenti direzionali, possibile per tratti brevi con aiuto di una persona.

VALUTAZIONE PSICOMETRICA

I test psicometrici eseguiti ai fini della valutazione cognitivo-funzionale hanno dato i seguenti risultati:

MMSE	9/30	(v.n.: ≥ 24)
GDS	n.e.	(v.n. $\geq 5/15$)
ADL	1/6	(dipendenza severa)
IADL	0/8	(dipendenza totale)
BARTHEL INDEX	32/100	(dipendenza severa)
SCALA DI TINETTI	10/28	(elevato rischio di caduta)

Sulla base della valutazione clinico-anamnestica è stata formulata la seguente diagnosi:

- Deficit cognitivo di grave entità con disturbi comportamentali e psicotici in pz con demenza vascolare e parkinsonismo (probabile demenza a corpi di Lewy)
- Difficoltà alla deambulazione
- Incontinenza urinaria e fecale episodiche

COMMISSIONE SANITARIA
PER L'ACCERTAMENTO DEGLI STATI DI INVALIDITA' CIVILE DELLA
CONDIZIONE VISIVA E DI SORDO

DATA VISITA 07/10/2025		DATA PRES. DOMANDA 06/10/2025		N. DI PRATICA 2025/3407		DATA CHIUSURA VERBALE 29/10/2025	
COGNOME E NOME /				SESSO M		ACCERTAMENTO POST-MORTEM ☐	
LUOGO DI NASCITA (comune e provincia) CAS			PROV. PV	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	DOCUMENTO D'IDENTITA' A'	
RESIDENZA (comune e provincia)				TIPO DI ACCERTAMENTO Ambulatoriale ☐ Domiciliare ☒ Acc. sugli atti ☒			
27045 CAS (PV)				Primo accertamento ☒			
STATO CIVILE VEDOVO/A				ACCERTAMENTO SUCCESSIVO PER: revisione d'ufficio ☐ aggravamento ☐ altro ☐			
PROFESSIONE							
ANAMNESI Rallentamento ideomotorio associato a confusione mentale e insonnia, in esiti trauma lombare. Demenza a corpi di Lewy.							
ESAME OBIETTIVO: Pratica agli atti.							
ACCERTAMENTI DISPOSTI Valutazione effettuata agli atti previa disamina congruità documentazione sanitaria prodotta.							
DOCUMENTAZIONE ACQUISITA Visita neurologica 8.7.2025. Visita geriatria 16.9.2025.							
Deficit grave della capacità deambulatoria Deficit permanente							
LA COMMISSIONE HA ACCERTATO: Assenza di patologia ☐ Patologia dipendente da cause di guerra lavoro, servizio (non competente) ☐ Patologia di competenza della commissione ☒							
DIAGNOSI DECADIMENTO COGNITIVO GRAVE CON DISTURBI COMPORTAMENTALI E PSICOTICI IN PZ CON DEMENZA VASCOLARE E PARKINSONISMO SD IPOCINETICA		eventuali interventi chirurgici ☐ ☐ ☐ ☐		PRINCIPALI DISABILITA' RILEVATE Psichiche: ☐ Intellettiva ☒ Mentale Sensoriali: ☐ Linguaggio ☐ Udito ☐ Vista Fisiche: ☐ Perdita a. arti ☒ Lim. funz. mov. articolari ☒ Neurologico ☐ Respiratorio ☐ Cardio-circolatorio			
				CAUSE O CONCAUSE ☐ Malformazioni congenite ☐ Malattie infettive ☐ Traumi traffico ☐ Traumi domestici ☐ Interventi chir.m. ☐ Altre cause violente			
La commissione certifica che, ai sensi delle leggi e decreti: 26.5.70 n.381 ☐ 27.5.70 n.382 ☐ 30.3.71 n.118 e suc.mod. ☒ 11.2.80 n.18 ☒ 21.11.88 n.508 ☐ 23.11.88 n.509 ☐ 11.10.90 n.289 ☐ 15.10.90 n.295 ☐ 23.4.98 n.124 ☐ 3.4.01 n.138 ☐ 9.3.06 n.80 ☐ sentenza 346/89 ☐							
IL RICHIEDENTE E' RICONOSCIUTO: IN'							
Risultano ridotte o impedito capacità motorie permanenti (art. 8 L. 449/97 e Circolare MEF 186/E 15.7.98) ☒ sì ☐ no Risultano patologie psichiche e mentali di gravità tale da aver determinato il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o invalidità con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetto da pluriamputazioni (art. 30 L. 388/00 e Circolare MEF 21/E del 23.4.2010) ☒ sì ☐ no Trattasi di persona affetta da condizione patologica che determina capacità di deambulazione sensibilmente ridotta art. 381 DPR 495/92 ☒ sì ☐ no La condizione patologica necessita di revisione al ☒ non necessita di revisione							
PRESIDENTE Cognome e Nome Firma		MEDICO DI CATEGORIA Cognome e Nome Firma					
COMPONENTE Cognome e Nome Firma							



Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

LETTERA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Documento creato il: 24/10/2025 - 10:04, da: [whLorenzo Perrone - PRRLNZ88R28B180Uhw]
Ultimo aggiornamento: 24/10/2025 - 10:04, di: Lorenzo Perrone - PRRLNZ88R28B180U

Al medico curante di:

Paziente

Nosologico: 2025028393

Data di nascita: .978

Codice Fiscale:

Telefono: 3891879555

Residente:

Si dimette in data 24/10/2025 il paziente ricoverato nel nostro reparto il 19/10/2025

Motivo del ricovero: *Prosecuzione di trattamento chemioterapico di I linea*

Diagnosi alla dimissione:

Adenocarcinoma pancreatico avanzato con secondarismi epatici, polmonari, encefalici e in sede glutea destra.

ICD9 alla dimissione: 1578 - TUMORI MALIGNI DI ALTRE SEDI (SPECIFICATE) DEL PANCREAS

Anamnesi patologica remota:

Fattori di rischio

Ex potus

Allergie farmacologiche

Non note né riferite

Anamnesi patologica remota e patologie concomitanti

Dal 2020 Steatosi epatica (ongoing)

Anamnesi patologica prossima:

30/08/2025 Accesso in PS di altro nosocomio (Voghera) in seguito a comparsa di dolore addominale. Qui eseguiva:
01/09/2025 TC addome MDC: [...] Fegato con plurime lesioni focali secondarie sparse in entrambi i lobi con dimensioni da millimetriche fino a 4.5 cm circa. Colecisti dismorfica con adenomiosi del fondo. Trombosi portale in prossimità della confluenza con la mesenterica superiore. Nella regione pancreatico-circofasciale la trombosi portale il parenchima appare tumefatto e disomogeneo anche se non è identificabile dimensionalmente una singola lesione, sono anche presenti numerose tumefazioni linfonodali anche lievemente colliquate in sede peripancreatica, ulteriori linfonodi più numerosi che di norma nel ventaglio mediale mesenteriale e discretamente tumefatti anche in sede intercavo aortica e all'ilo epatico. Quadro in prima ipotesi sospetto per eteroproliferazione pancreatico. Minima falda fluida nello scavo pelvico. Basi polmonari comprese in esame caratterizzate da disventilazione nei settori

Referto firmato digitalmente il: 24/10/2025 alle:

10.04 dal dott./dot.

norma vigente D.leg. 279/2000

successivi aggiornamenti

Istituzione

C. ...

V.le Guig...



dorsali dei lobi inferiori e plurimi lesioni secondarie bilaterali.[...]

03/09/2025 Discussione Multidisciplinare Pancreas Unit: Alla revisione imaging conferma di malattia pancreaticata metastatica, pertanto si pone indicazione ad esecuzione di visita oncologica per stabilire il successivo iter terapeutico.

03/09/2025 Visita Oncologica (Prima Visita – dr. [redacted]); Paziente di 47 anni con recente riscontro radiologico di lesione eteroproduttiva a livello del pancreas associata a trombosi portale e sospetti secondarismi epatici e polmonari.

Giunge in prima visita Oncologica in buone condizioni generali. ECOG PS 0. Porta in visione esami effettuati finora. Si spiega al paziente il sospetto di malattia neoplastica ad origine pancreaticata, avanzata per secondarismi epatici e polmonari. Si illustrano implicazioni cliniche e prognostiche e il successivo iter diagnostico-stadiativo e le possibilità terapeutiche. Si rilascia impegnativa per biopsia epatica (per cui si raccomanda sospensione di terapia con Ketorolac- Toradol da oggi), programmata in data 08/09 ore 12.00 al 2° piano del DEA Torre B. Per la gestione del dolore, si consiglia piuttosto terapia antidolorifica con Paracetamolo/Codeina 500/30 mg (Tachidol) x 2 volte al giorno (con 1 dose rescue possibile). Successivamente si richiederà valutazione NGS su esito istologico. Si rilascia inoltre impegnativa per TC Torace MDC con priorità B. Il paziente mi contatterà a partire dall'11/09 per esito istologico e programmazione di successivo iter terapeutico. Si rilascia esenzione 048 Si rilascia impegnativa e relativa modulistica per visita Genetica.

09/09/2025 TAC torace con mdc: in tutti i segmenti polmonari bilateralmente presenti numerose formazioni nodulari solide dal diametro fra pochi mm e 1cm la maggiore in corrispondenza del lobo medio. Formazione nodulare cavitata cavaliere fra segmento posteriore e anteriore LSD di 1 cm. Linfadenopatie nelle stazioni ilo mediastiniche maggiormente evidenti all'ilo dx di 27x22mm, sottocarenale e epiaortica nel barety e nella finestra aorto polmonare.

12/09/2025 Biopsia epatica

El: Numero esame 14534-I-25 Materiale inviato

A Biopsia noduli epatici Macro Quattro frustoli, il maggiore di cm 0,6, e frammenti; materiale interamente incluso ed esaminato a multipli livelli di sezione. Diagnosi Frustoli e frammenti agobiopistici sede di adenocarcinoma moderatamente differenziato. Profilo immunofenotipico: citocheratina7+, CDX2+, SATB2+/- (debole), TTF1-. Fra le possibili sedi primitive, considerare in prima istanza il tratto gastro-intestinale e il sistema bilio-pancreatico. Necessaria integrazione dei reperti nel contesto clinico-strumentale complessivo.

NGS: mut TP53 patogenica :p.(R175H):p.(Arg175His), MSS. Non riscontro di altre alterazioni target.

18/09/2025 Visita oncologica

: Paziente di 46 anni con recente riscontro adenocarcinoma del pancreas associata a trombosi portale e secondarismi epatici e polmonari. Giunge per visita Oncologica in buone condizioni generali, ECOG PS 0, per visione dell'esito istologico che conferma il sospetto clinico di adenocarcinoma.

Si richiede valutazione NGS su esito istologico

Si propone al paziente, in relazione al tipo di malattia e allo stadio, arruolamento in studio PANTHEON attivo presso il nostro centro. Adeguatamente edotto riguardo le finalità del trattamento, le modalità di somministrazione e i possibili effetti collaterali, dopo aver fornito al paziente il tempo per riflettere sulla proposta dello studio, il paziente firma in data odierna il modulo di consenso informato (Versione 1.1 del 03 Dicembre 2024), unitamente all'informativa per il trattamento dei dati personali (v. 1.2 del 03 Dicembre 2024). Di questi consensi si lascia una copia al paziente, unitamente alla lettera per il medico curante (v1.0 del 06 Febbraio 2024). Si raccomanda al paziente, in caso di rapporti con partners fertili, un'adeguata contraccezione, nel caso mediante ricorso a due metodiche diverse.

Programmato port a cath il 22/10/2025 ore 8.25. Avvierà il trattamento con mFOLFIRINOX in regime di degenza.

In data odierna esegue prelievo per DPYD e UGT e vengono avviate le procedure di screening previste dallo studio PANTHEON.

18/09/2025 Identificazione varianti gene DPYD Sangue periferico: assenza delle varianti analizzate

18/09/2025 Identificazione varianti gene UGT1A1 Sangue periferico: presenza del genotipo UGT1A1*28 allo stato omozigote

28/09 – 10/10/2025 Ricovero c/o Oncologia degenti, ove eseguita:

28/09/2025 ECG: Tachicardia sinusale

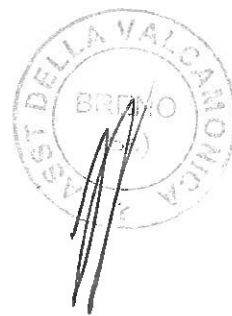


Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Tel. 0



28/09/2025 Markers tumorali: Ca19.9 16547.6 IU/ml - CEA 2.3 ug/L

28/09/2025 Sierologie HCV e HBV: negativo

29/09/2025 Valutazione dietetica: In considerazione dell'appetito conservato e della stabilità ponderale, non si propongono attualmente gli ONS; in caso di calo ponderale e/o difficoltà ad alimentarsi si consiglierà di valutarne la tolleranza. Si consiglia di ricontattare la nostra Struttura tramite richiesta di consulenza per la rivalutazione del caso secondo necessità.

30/09/2025 TC Torace/Addome MdC: Esame eseguito mediante tecnica spirale multidetettore, prima e dopo somministrazione endovenosa di MdC (Iomeprol 350, 110 mL). Rivalutazione in Paziente con noto adenocarcinoma pancreatico metastatico. Si confronta con precedente TC eseguita in altra sede del 01/09/2025.

TORACE: incremento dimensionale dei noti secondarismi a carico del parenchima polmonare, in particolare le maggiori di circa 19 mm a livello del lobo medio, di circa 17 mm a livello del lobo superiore di destra e di circa 14 mm a livello del lobo superiore di sinistra. Alterazioni polmonari fibro-disventilatorie a livello dei lobi inferiori. Incremento dimensionale delle note patologiche tumefazioni linfonodali ilo-mediastiniche. Minimo versamento pleurico a disposizione declive dorsale in sede basale destra, con spessore massimo di circa 7 mm. Non evidente versamento pleurico a sinistra, nè significativo versamento pericardico. Dilatato il tronco comune dell'a. polmonare, con calibro massimo di circa 31 mm. Ectasia del tratto tubulare dell'aorta ascendente, con calibro massimo di circa 41 mm. Variante anatomica con 2 osti per i TSA per origine comune del tronco brachiocefalico e dell'arteria carotide comune sinistra dall'arco aortico. Calcificazioni coronariche. Sovrapponibili i restanti rilievi.

ADDOME: Permane apprezzabile ridotta vascolarizzazione all'istmo pancreatico, con disomogenea impregnazione contrastografica e tumefazione a livello della testa pancreatica, associata a brusca riduzione di calibro a livello dell'epatocolodoco e multiple patologiche tumefazioni linfonodali collimate in sede peripancreatica ed all'ilo epatico, riferibile alla patologia nota in anamnesi. Sovvertimento del parenchima epatico per incremento dimensionale e di numero dei noti secondarismi epatici, in particolare le maggiori di circa 5 cm in cupola epatica al S7, di circa 5 cm al passaggio S8-S5 e di circa 5 cm a livello di S6. Comparsa di versamento periepatico. Incremento dell'entità del versamento in scavo pelvico. Colecisti scarsamente distesa, apparentemente esente da inclusi endoluminali iperdensi, con pareti iperemiche e lieve ispessimento al fondo, compatibile con adenomioma; non dilatate le vie biliari intra ed extra-epatiche. Difetto trombotico endoluminale nella vena mesenterica superiore ed alla confluenza venosa spleno-mesenterica-portale, con estensione all'ilo epatico di circa 3 cm. Non idroureteronefrosi. Vescica scarsamente repleta, non valutabile. Diverticolosi del colon. Multiple tumefazioni linfonodali nell'adipe mesenterico. Nel contesto dei muscoli glutei di destra si dimostra lesione focale di circa 2.5 cm, dotata di disomogenea impregnazione contrastografica, sospetta per localizzazione secondaria di malattia oncologica.

SCHELETRO: non evidenti lesioni focali sospette per localizzazioni secondarie di malattia oncologica a carico dei segmenti scheletrici compresi nel campo d'esame.

30/09/2025 Valutazione di Endoscopia Digestiva: Paziente di 46 anni, senza significative comorbidità, affetto da adenocarcinoma del pancreas con plurimi secondarismi epatici (diagnosi istologica da secondarismo). Agli EE del 18/09 GGT 1600, ALP 840, bilirubina normale. Agli ultimi EE del 28/08 GGT 2000, ALP 960, bilirubina tot 3.2, diretta 1.98. Richiesta valutazione per eventuale indicazione a drenaggio biliare. Si valutano le immagini TC, che mostrano esteso sovertimento del parenchima epatico dai plurimi secondarismi. Le vie biliari intraepatiche non sono significativamente dilatate, compresse dalle lesione intraepatiche. La via biliare extraepatica è visibile per un breve tratto in sede medio-prossimale, dove presenta calibro di 11-12 mm circa, mentre risulta compressa nel tratto distale verosimilmente infiltrata dalla lesione pancreatica. In considerazione di tale quadro l'unico approccio endoscopico possibile sarebbe il drenaggio per via transpapillare via ERCP. Tuttavia si ritiene fondamentale considerare le difficoltà tecniche (verosimile infiltrazione papillare, stenosi distale neoplastica) ed i rischi connessi alla procedura, in particolare il rischio di pancreatite post-procedurale, a fronte di un beneficio atteso dubbio in considerazione del fatto che i valori di bilirubina diretta lievemente aumentati potrebbero essere legati al sovertimento parenchimale epatico. Si consiglia pertanto di valutare l'andamento del valore di bilirubina e di considerare il drenaggio biliare endoscopico solo se ritenuto dirimente per l'iter terapeutico del paziente

03/10/2025 Posizionamento di CVC tipo PORT-a-cath

03/10/2025 RX Torace: Port-a-cath ad accesso giugulare interno destro ed apice proiettivamente al passaggio VCS-AD. Si riconoscono diffuse immagini nodulari sfumatamente radiopache a livello di entrambi gli emitoraci, già riferite a secondarismi. Sovraelevazione dell'emidiaframma destro con strie disventilative bibasali. Non evidente versamento pleurico bilateralmente. Immagine cardiomediatistica nei limiti, senza segni sovraccarico del piccolo circolo. Fratture costali bilaterali.

03/10/2025 1° ciclo di chemioterapia di I linea secondo schema FOLFOX6: Oxaliplatino 150 mg tot ev in 3h; 5-FU in bolo



760mg ev; 5-FU ic 4500 mg tot in 48h, Sodio Levofolinato 380 mg tot ev.

Premedicazioni: Omeprazolo 20 mg OS, Clorfenamina 10 mg EV, Desametasone 12 mg EV, Palonosetron 250 mcg EV, Atropina solfato 0.25 mg DC

08/10/2025 RM Encefalo MDC: Esame eseguito con tecnica TSE, FLAIR 3D, SWI, TFE, DIXON e BB secondo i piani assiale, coronale e sagittale senza e con infusione di mdc (Dotarem 15 ml ev). L'esame è stato completato con studio Diffusion della sostanza encefalica. La qualità delle immagini appare limitata dalla presenza di artefatti da movimento del Paziente. Lesione espansiva intrassiale delle dimensioni di circa 30.5 mm cranio-caudale x 33 mm antero-posteriore e 29 mm latero-laterale si evidenzia a sede intraparenchimale al passaggio fronto-parietale della convessità di sinistra. La formazione presenta aspetto pseudocistico in presenza di segnale disomogeneamente iperintenso nelle immagini T2-pesate e ipoiso-intenso nelle immagini T1-pesate per componente marginale di spessore irregolare con enhancement lineare periferico capsulare ed appare in prima ipotesi compatibile con lesione espansiva intrassiale secondaria. Ulteriori aree di alterato segnale, iperintense nelle immagini a TR lungo in corrispondenza delle quali si apprezza enhancement post-contrastografico riconoscibile nelle immagini BB si evidenziano a sede cortico-sottocorticale in regione frontale precentrale sinistra, lateralmente alla formazione intra-assiale sopra descritta, e a sede iuxtacorticale in regione frontale anteriore omolaterale di verosimile significato analogo alla precedente. Non ulteriori significative alterazioni di segnale o patologici enhancement a carico della sostanza encefalica in regione sovra e sottotentoriale. Nelle sequenze Diffusion non aree di restrizione della diffusione compatibili con edema citotossico a carico della sostanza encefalica. Nei limiti la rappresentazione degli spazi liquorali subaracnoidei corticocisternali e delle cavità del sistema ventricolare. Modico ampliamento degli spazi liquorali in regione pericerebellare bilateralmente. Le strutture encefaliche della linea mediana sono in asse. Tonsille cerebellari in sede.

Terapia domiciliare prima del ricovero:

Desametasone 4 mg 1 cp ore 8

Pantoprazolo 40 mg 1 cp ore 8

Paracetamolo/Codeina 500/30mg ore 8-16-24

Enoxaparina 4000 UI ore 18

Al bisogno:

Alprazolam 5 gtt se ansia, ripetibile ogni 12 ore max 2 volte/die

Macrogol al bisogno se stipsi

Paracetamolo 1000 mg 1 cp, ripetibile ogni 8 ore max 1 volta/die

Tramadol 100mg/ml 10 gtt, ripetibile ogni 8 ore max 3 volte/die

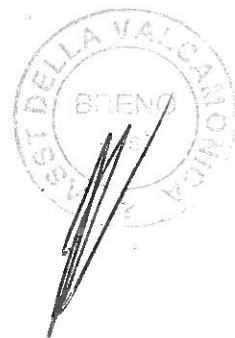
Accertamenti eseguiti:

Esami ematici

19/10/2025 Tampone nasofaringeo per SarsCov2: negativo

19/10/2025 Tampone rettale di screening per KPC/Acinetobacter ed Enterococcus: negativo

20/10/2025 Consulenza Radioterapica: Paziente di 46 anni, non noto, affetto da adenocarcinoma cefalopancreatico in stadio avanzato all'esordio per localizzazioni secondarie epatiche, polmonari, encefaliche; degente in Oncologia per prosecuzione di trattamento sistemico di I linea (2° ciclo). Agli esami strumentali di stadiazione, in seguito a sintomatologia neurologica, riscontro RMN (08/10/2025) di "lesione espansiva intrassiale delle dimensioni di circa 30.5 mm cranio-caudale x 33 mm antero-posteriore e 29 mm latero-laterale a sede intraparenchimale al passaggio fronto-parietale della convessità di sinistra [...] ulteriori aree di alterato segnale, iperintense nelle immagini a TR lungo in corrispondenza delle quali si apprezza enhancement post-contrastografico riconoscibile nelle immagini BB si evidenziano a sede cortico-sottocorticale in regione frontale precentrale sinistra, lateralmente alla formazione intra-assiale sopra descritta, e a sede iuxtacorticale in regione frontale anteriore omolaterale di verosimile significato analogo alla precedente." Alla valutazione odierna, complessive discrete condizioni cliniche generali, PS ECOG 1, nega sintomatologia neurologica in corso di terapia steroidea, non cefalea, non deficit visivi riferiti, non disturbi della deambulazione, non apparenti deficit sensitivo-motori dei quattro arti. Lamenta, durante la permanenza al domicilio, esclusiva sintomatologia pruriginosa verosimilmente correlata al quadro di iperbilirubinemia in peggioramento. Presa visione delle immagini RMN e discusso il caso



collegialmente: in considerazione della giovane età del paziente e dell'iter terapeutico in corso, stante la presenza di voluminosa lesione encefalica secondarie associate a ulteriori due aree millimetriche con analoghe caratteristiche sospette per secondarismi, si pone indicazione a trattamento radioterapico a finalità palliativa al momento solo su lesione di maggiori dimensioni e verosimilmente causa della sintomatologia di esordio. Si discute con il paziente su intento, modalità, tempi e possibili effetti collaterali. Si programma TC di centratura per domani 21/10 ore 10.30 (Radioterapia, pad.9, piano -1). Trattamento RT eseguibile in regime ambulatoriale se paziente dimissibile dal punto di vista oncologico

20/10/2025 EEG: ANALISI DEL TRACCIATO: Tracciato acquisito in montaggio ridotto. Attività di fondo posteriore a 10-11 Hz, di medio voltaggio, più ampia a destra, reagente all'apertura e chiusura degli occhi. Componenti rapide di bassa ampiezza contro-anteriori. Ricorrenza di onde lente theta e delta polimorfe, focalizzate a destra sulle derivazioni fronto-temporo-centrali. Non eseguite le prove di attivazione. **CONCLUSIONI:** Asimmetria emisferica di ampiezza del ritmo di fondo posteriore; marcate anomalie lente focalizzate a destra.

21/10/2025 TC di centratura

21/10/2025 Consulenza di Cure Palliative: Si effettua prima valutazione. Notti poco riposate, per cui si potenzia terapia con Bromazepam.

21/10/2025 Consulenza Neurologica (telefonica): Riferisce necessità di introdurre terapia antiepilettica (soprattutto considerati eventi di clonie all'AI destro, compatibili con sede di malattia encefalica oncologica) con Levetiracetam 500 mg bid per 5 giorni, da incrementare successivamente a 750 mg bid. Dopo 15-20 giorni dall'avvio eseguire dosaggio plasmatico di Levetiracetam. In merito ai valori degli indici epatici, riferisce possibile influenza della terapia antiepilettica su tali valori, per cui opportuno monitoraggio

Procedure/Interventi chirurgici:

\\

Decorso clinico:

In data 19/10 si accoglieva in regime di ricovero ordinario il Sig. Romagnese Ivan, di 46 anni, noto per Adenocarcinoma cefalopancreatico avanzato per secondarismi epatici, encefalici, polmonari e dei tessuti molli (sede glutea destra), per prosecuzione di trattamento chemioterapico di prima linea.

All'ingresso il paziente si presentava in condizioni cliniche stabili, vigile orientato e collaborante, con parametri vitali nella norma. Riferiva precedente ciclo di trattamento chemioterapico ben tollerato, gravato solo da astenia G1, e comparsa di prurito cutaneo diffuso (presenti all'EO lesioni da grattamento), per cui si prescriveva dapprima terapia con Acido Urosdesossicolico e quindi, per scarso beneficio, con Colestiramina, con riferito miglioramento del sintomo.

Agli esami ematochimici di ingresso si rilevava trend in peggioramento degli indici di funzionalità epatica rispetto allo storico disponibile: ALT 241 UI/l (vs 106), AST 186 UI/l (vs 96), ALP 1093 UI/l (vs 856), gamma-GT 4360/mcl (vs 1966), bilirubina totale 5,19 mg/dl (vs 3.93), bilirubina diretta 3.24 mg/dl (vs 2.46).

Stante la stabilità clinica e i valori di bilirubinemia ancora permissivi, in considerazione dell'estensione di malattia e della necessità di proseguire il trattamento oncologico al fine di perseguire un controllo di malattia, in data 20/10 veniva avviato il 2° ciclo di chemioterapia di prima linea secondo schema FOLFOX6, ai dosaggi sotto riportati, invariati rispetto al precedente. La somministrazione veniva ben tollerata e non si verificavano complicanze o eventi avversi acuti.

In relazione ai secondarismi encefalici multipli e all'anamnesi positiva per sospette clonie, si eseguiva EEG (referto sopra riportato per esteso) e si discuteva il caso telefonicamente con Collega Neurologa (Dr.ssa Bini) che poneva indicazione a introduzione di terapia anticonvulsiva con Levetiracetam, da proseguire anche al domicilio come da indicazioni sotto riportate.

Si condivideva inoltre il caso con i Colleghi Radioterapisti che ponevano indicazione a trattamento Radioterapico a scopo palliativo sulla lesione encefalica di dimensioni maggiori (eseguita TC di centratura in data 21/10).

In data 22/10, al termine della chemioterapia, si effettuava controllo degli indici di funzione epatica con evidenza di ulteriore incremento della bilirubinemia (totale 8.2 mg/dl con diretta 5.73 mg/dl). Si ridiscuteva pertanto il caso con i Colleghi Endoscopisti che, alla luce dell'assenza di evidente dilatazione delle vie biliari intraepatiche alla recente valutazione radiologica (confermata



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



all'eco bedside eseguita) e quindi della dubbia efficacia di una eventuale procedura endoscopica nonché dei rischi ad essa relativi in termini di possibile pancreatite e colangite secondarie, concordavano per soprassedere ancora una volta alla programmazione di ERCP, imputando il peggioramento della funzionalità epatica e l'ulteriore rialzo degli indici di colestasi al sovrvertimento epatico secondario.

Si condivideva quanto sopra con il paziente, esplicitando anche la controindicazione a proseguire un trattamento chemioterapico in persistenza di valori di bilirubina elevati, in relazione ai possibili rischi associati. Come concordato con il paziente, si predispongono le dimissioni al domicilio con prescrizione di ematochimici di controllo, per valutazione a stretto giro del trend degli indici di citolisi epatica e di colestasi e rivalutazione del programma di cura. Si predispone infine per accesso ambulatoriale presso l'Ambulatorio di Cure Palliative, come sotto indicato.

Terapia farmacologica eseguita:

In data 20/10 2° ciclo di chemioterapia di I linea secondo schema FOLFOX6 ai seguenti dosaggi: Oxaliplatino 150 mg (85 mg/mq), 5-Fluorouracile 760 mg in Bolo (400 mg/mq), 5-Fluorouracile 4500 mg in IC (2400 mg/mq), Sodio Levofolinato 380 mg IC (200 mg/mq) Premedicazioni: Omeprazolo 20 mg OS, Clorfenamina 10 mg EV, Desametasone 12 mg EV, Ondansetron 8 mg EV

Anticomiziale con levetiracetam per os
Legante i Sali biliari con Colestiramina
Domiciliare

Condizione paziente alla dimissione:

Le condizioni del paziente al momento della dimissione sono stazionarie.

→ Terapia alla dimissione:

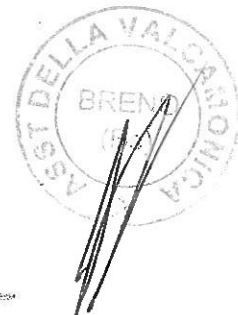
Levetiracetam 500 mg 1 cp ore 8-20 per 5 giorni, da incrementare a 750 mg (1+1/2 cp) ore 8-20 dal 27/10
Colestiramina 4 g 1 bustina ore 16
Desametasone 4 mg 1 cp ore 8 (a stomaco pieno)
Pantoprazolo 40 mg 1 cp ore 8
Paracetamolo/Codeina 500/30mg ore 8-16-24
Enoxaparina 4000 UI 1 fl sc ore 18

Al bisogno:

Alprazolam 5 gtt se ansia, ripetibile ogni 12 ore max 2 volte/die
Macrogol al bisogno se stipsi
Paracetamolo 1000 mg 1 cp, ripetibile ogni 8 ore max 1 volte/die
Tramadolo 100mg/ml 10 gtt, ripetibile ogni 8 ore max 3 volte/die

In caso di comparsa di effetti collaterali correlati al trattamento chemioterapico, attenersi alle seguenti indicazioni:

- In caso di nausea lieve: Metoclopramide 10 mg cpr → 1 cpr mezz'ora prima dei pasti per 2-3 giorni
- In caso di nausea intensa al bisogno assumere: Ondansetron 8 mg cpr o cpr sublinguale (o Granisetron 2 mg o Tropisetron 5 mg) + Desametasone → 32 gocce ogni 8-12 ore per 2-3 giorni
- In caso di vomito intenso: Ondansetron 8 mg fiala im (o Granisetron 3 mg o Tropisetron 5 mg) e Desametasone 4 mg fiala im
- In caso di diarrea: assumere abbondanti liquidi per os (bibite reidratanti per sportivi, acqua, tè, evitando succhi di frutta e latticini),



eo

LOGIA

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

Loperamide cpr. 2 compresse dopo la prima scarica diarroica, quindi 1 cpr. ad ogni successiva scarica, massimo 8 cpr. al giorno.
Fermenti lattici. 1 bustina o capsula o fiala per bocca 3 volte al giorno lontano dai pasti. In caso di persistenza della diarrea con > 3 scariche al giorno per più di 1 giorno, malgrado questa terapia, contattare il proprio medico curante
- In caso di stitichezza: Lattulosio 2 cucchiaini 2 volte/die oppure Macrogol bustine → 1 bustina al giorno in 250 ml di acqua per alcuni giorni lontano dai pasti. Se persistenza del disturbo assumere Senna Foglie 2 cp 2 volte/die
- In caso di febbre $\geq 38^\circ\text{C}$: Paracetamolo cpr da 1000 mg → 1 cpr al bisogno, massimo 3 volte al giorno. Se febbre persistente per 24 ore avvertire il medico curante o i medici dell'Oncologia ed iniziare terapia antibiotica con Levofloxacin 500 mg cpr, 1 cpr ogni 24 ore per almeno 5 giorni
- In caso di stomatite (arrossamento e/o dolore al cavo orale): mantenere pulito il cavo orale con sciacqui con Collutorio antisettico senza alcool o gel orale (non usare Clorexidina perché contiene alcool), 3 volte al giorno; in caso di comparsa di franche placche biancastre, aggiungere sciacqui con Nistatina soluzione, 4-5 volte al giorno, deglutendo la soluzione al termine dello sciacquo.

Indicazioni/Prescrizioni/Follow up:

Si consegna impegnativa per controllo esami ematici da effettuare in data 27/10 e inoltrare tramite mail ai seguenti indirizzi:
→ b.montagna@smatteo.pv.it; carlotta.faverio01@universitadipavia.it.

Si programma Visita di Cure Palliative (lata 29/10 alle ore 11.00 presso Pad 29 3° piano (ingresso B – si veda prenotazione allegata).

Seguiranno comunicazioni telefoniche per programmazione del prossimo ricovero.

Dalla data del 01/10/2025 su indicazione di Regione Lombardia, non sarà più possibile spostare gli appuntamenti entro le 48h dalla data della visita e soprattutto qualora venisse annullata, la prestazione dovrà essere pagata dal contribuente (anche se in possesso di esenzione).

Si raccomanda la vaccinazione gratuita antipneumococcica e anti VZV (Herpes Zoster), poiché rientra nelle categorie a rischio. Per informazioni circa la modalità si prega di rivolgersi al proprio Medico di Medicina Generale oppure alla ATS di appartenenza.

Reparto: Studio Medici: 0382 501671 – Capo Sala: 0382 502544

Firma Medico specializzando: FA

Firma Medico dimettente:

[

Referto firmato digitalmente il: 24/10/2025 alle:
10.04
norma
successivi aggiornamenti

Istituto

pubblico

COMMISSIONE SANITARIA
PER L'ACCERTAMENTO DEGLI STATI DI INVALIDITA' CIVILE DELLA
CONDIZIONE VISIVA E DI SORDO



DATA VISITA 27/10/2025	DATA PRES. DOMANDA 16/10/2025	N. DI PRATICA 2025/3561	DATA CHIUSURA VERBALE 27/10/2025
COGNOME E NOME		SESSO M	ACCERTAMENTO POST-MORTEM ☐
LUOGO DI NASCITA (comune e provincia) PAVIA (PAVIA)	PROV. PV	DATA DI NASCITA 07/12/1978	CODICE FISCALE
TIP. DI ACCERTAMENTO Ambulatoriale ☒ Domiciliare ☐ Acc. sugli atti ☐		DOCUMENTO D'IDENTITA'	

STATO CIVILE P	Primo accertamento ☒ ACCERTAMENTO SUCCESSIVO PER: revisione d'ufficio ☐ aggravamento ☐ altro ☐
--------------------------	---

ANAMNESI
ADK pancreas con secondarismi epatici, polmonari, encefalici e tessuti molli.

ESAME OBIETTIVO:
Condizioni cliniche generali compromesse.

ACCERTAMENTI DISPOSTI

DOCUMENTAZIONE ACQUISITA
Lettera dimissione 24. 10.2025.

Deficit grave della capacità deambulatoria Deficit permanente

LA COMMISSIONE HA ACCERTATO: Assenza di patologia ☐ Patologia dipendente da cause di guerra lavoro, servizio (non competente) ☐ Patologia di competenza della commissione ☒

DIAGNOSI K PANCREAS METASTATICO IN CHEMIOTERAPIA	eventuali interventi chirurgici ☐ ☐ ☐	PRINCIPALI DISABILITA' RILEVATE Psichiche: ☐ Intellettiva ☐ CAUSE O CONCAUSE ☐ Mentale ☐ Malformazioni congenite Sensoriali: ☐ Linguaggio ☐ Malattie infettive ☐ Udito ☐ Traumi traffico ☐ Vista ☐ Traumi domestici Fisiche: ☐ Perdita a. arti ☐ Altre cause violente ☒ Lim. funz. mov. articolari ☐ Neurologico ☐ Respiratorio ☐ Cardio-circolatorio
--	---	---

La commissione certifica che, ai sensi delle leggi e decreti:
 26.5.70 n.381 ☐ 27.5.70 n.382 ☐ 30.3.71 n.118 e suc.mod. ☒ 11.2.80 n.18 ☒ 21.11.88 n.508 ☐ 23.11.88 n.509 ☐ 11.10.90 n.289 ☐ 15.10.90 n.295 ☐ 23.4.98 n.124 ☐
 3.4.01 n.138 ☐ 9.3.06 n.80 ☒ sentenza 346/89 ☐

IL RICHIEDENTE E' RICONOSCIUTO:

**** GIUDIZIO ESPRESSO ALL'UNANIMITA' ****

Risultano ridotte o impedito capacità motorie permanenti (art. 8 L. 449/97 e Circolare MEF 186/E 15.7.98) ☒ si ☐ no
 Risultano patologie psichiche e mentali di gravità tale da aver determinato il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o invalidità con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetto da pluriamputazioni (art. 30 L. 388/00 e Circolare MEF 21/E del 23.4.2010) ☒ si ☐ no
 Trattasi di persona affetta da condizione patologica che determina capacità di deambulazione sensibilmente ridotta art. 381 DPR 495/92 ☒ si ☐ no
 La condizione patologica necessita di revisione al ☒ non necessita di revisione

PRESIDENTE Cognome e Nome Firma	MEDICO DI CATEGORIA Cognome e Nome Firma
COMPONENTE Cognome e Nome Firma	