

## ***LA NATURA ED ETICA DEL RAPPORTO MEDICO PAZIENTE IN ERA DIGITALE:***

### ***TORNIAMO ALL'ANTICO PER ESSERE MODERNI***

La medicina oggi si trova lontano dal capezzale, alla ricerca di un modo nuovo, incerto da dove cominciare. All'inizio il rapporto tra paziente e medico era diretto, con il primo che chiedeva aiuto al secondo, e il secondo - per scienza e integrità morale - che proponeva le soluzioni ritenute più adeguate al caso.

Ippocrate (460\_370 a.C.): :“Osservare tutto e studiare il paziente, piuttosto che la malattia”. Jacobus Sylvius (1614-1672), anatomista e medico francese, fu uno dei promotori dell'addestramento sul campo: “Il mio metodo e` accompagnare per mano i miei studenti nella pratica della Medicina, portandoli a vedere ogni giorno i malati nell'ospedale pubblico, affinche' possano ascoltare i pazienti e i loro sintomi e valutarne l'esame obiettivo. Poi chiedo cio` che hanno osservato, i loro pensieri e le percezioni in merito alle cause della malattia e al possibile trattamento’

In un lavoro che ho pubblicato qualche anno fa si dimostrava come dal 1970 al 2010 il tempo passato a letto del malato da un giovane medico in formazione si era ridotto del 500%, i giovani che vogliono fare il medico non vedono più i malati. Ma questo entusiasmante lavoro si puo' solo fare studiando molto e facendo esperienza vedendo molti malati, anche oggi è così. In questo ultimo periodo, sono emersi due fattori ulteriori determinanti nel rapporto tra medici e pazienti: l'informatica e la standardizzazione di tali rapporti mediante protocolli predisposti.

Ora il rapporto è mediato: non è più il paziente ad attivare spontaneamente la richiesta di intervento del medico, ma quest'ultimo deve sottostare a numerosi limiti normativi (definizione di problemi di salute che richiedono assistenza, durata dell'assistenza consigliata, livelli di spesa pubblica, protocolli terapeutici stabiliti, durata delle visite, ecc.). Di conseguenza, il rapporto basato sulla fiducia di un singolo medico è stato sostituito da un rapporto frammentario: con un'équipe medica, con specialisti, con un sistema amministrativo-burocratico. Spesso la letteratura riesce a descrivere il comune sentimento di amarezza del paziente in modo più potente di quanto possano fare articoli o studi scientifici. In due recenti articoli di Florindo Pirone su “Italian Journal of medicine”, sul paradosso della medicina moderna, cita quanto segue. Riguardo alcune ombre della medicina contemporanea, ecco cosa affermano due autori. Jules Romains nel suo *Dr Knock or the Triumph of Medicine* del 1923, rappresentò il rischio della società di trasformarsi in una comunità di malati, e così scrive: “Essere sani in verità è l'ignoranza di essere malati”.

Daniel Pennac in *The diary of the body* nel 2013 ha scritto che al medico di oggi interessa solo il puzzle cellulare, il corpo ecografico, il corpo scansionato con la PET, il corpo analizzato, il corpo biologico, genetico, molecolare, la fabbrica di anticorpi. In questo sentimento diffuso c'è il motivo di insoddisfazione dei pazienti. Lo sviluppo esponenziale e pervasivo della medicina rischia talvolta di medicalizzare la vita umana, rendendola angosciante. Ciò è esattamente l'opposto del concetto di *vis medicatrix naturae*, che era ancora presente nell'idea di malattia nella prima metà del secolo scorso, concependo l'uomo in armonia ed equilibrio con l'universo. Questa visione olistica è stata abbracciata da quelle pratiche conosciute come medicine alternative e complementari, ritenute irrazionali dalla medicina tradizionale, che tuttavia tengono in grande considerazione i bisogni essenziali e profondi dell'umanità. Considerando questi difficili aspetti di una medicina complementare e alternativa che spesso sfiora la magia e la presa in giro abbiamo bisogno che le condizioni contrastanti affrontate dalla Medicina possano essere in parte risolte dall'IA. Alcuni autori affermano che solo il progresso attraverso l'IA, Intelligenza artificiale, potrebbe superare le ambiguità e le incertezze che incidono così negativamente sulla Medicina contemporanea. Le implicazioni delle applicazioni dell'IA in medicina sono particolarmente complesse e in profonda evoluzione, tuttavia alcune brevi considerazioni possono essere condivise rispetto agli argomenti sopra indicati. Un intervento medico si compone di tre momenti fondamentali: anamnesi, diagnosi, terapia. In tutti i passaggi il medico deve affidarsi alle probabilità: i sintomi lamentati dal paziente e indagati dal medico sono essenzialmente soggettivi e non è possibile riassumerli in un questionario esaustivo; le sindromi patologiche presentate sono generalmente compatibili con più malattie con diverso grado di probabilità e i risultati delle terapie sono solo parzialmente prevedibili (si raggiungerà una percentuale di successo ma non si sa su quale paziente avranno successo). La medicina è la scienza dell'incertezza e dell'arte della probabilità, come affermato dal fondatore della medicina americana W. Osler, per sottolineare tali caratteristiche della medicina, che sono strutturali e inerenti al metodo stesso, e perciò inevitabili. L'IA, come è attualmente conosciuta, può avere un ruolo positivo nella raccolta di grandi quantità di dati e analizzandoli con grande velocità, con diminuzione degli errori (ci sono più di 10.000 malattie). Tuttavia, non può eliminare le incertezze intrinseche dei tre momenti medici fondamentali. Occorre quindi evitare di creare illusioni irreali, che andrebbero a incrementare ulteriormente l'elenco delle diffuse aspettative ingiustificate. Al di là delle future capacità dell'intelligenza artificiale in campo medico, è importante non trascurare i pericoli e i danni che attualmente la tecnologia dell'informazione provoca in medicina, portando a un'ulteriore disumanizzazione della pratica clinica. I medici trascorrono il 40-50% del loro tempo lavorativo davanti allo schermo di un computer per compilare moduli o analizzare cartelle cliniche, per prenotare esami strumentali o scaricare analisi o ricette

farmaceutiche online. La tradizionale visita al capezzale del medico al suo paziente è stata oggi sostituita da un briefing in una stanza lontana dai pazienti, analizzando immagini, dati, informazioni sullo schermo. Sulla base di quanto discusso, c'è bisogno di quello che è stato definito un nuovo patto tra i pazienti e medico e paziente; sia i pazienti che i medici devono essere consapevoli del fatto che la morte, la malattia e il dolore appartengono alla vita.

Abraham Verghese, Professore di Teoria e Pratica della Medicina alla Stanford University, ha creato il nuovo termine i-Patient: i conteggi ematici e le emissioni di i-Patient vengono tracciati e analizzati come un indice Dow Jones, e le bandiere pop-up ricordano agli operatori sanitari di nutrire o sanguinare. I pazienti vengono discussi facilmente (o "girati a carta") nel bunker, mentre i pazienti reali tengono i letti caldi e si assicurano che le cartelle che portano i loro nomi rimangano vive sul computer. La tradizionale visita del paziente al suo capezzale è stata sostituita da briefing e analisi di informazioni, dati, immagini sullo schermo di un computer lontano. Tali cambiamenti algoritmi IA, sono questo: come diceva Einstein, "ciò che viene osservato dipende dal sistema di coordinate scelto dall'osservatore", dunque torniamo all'uomo medico e scienziato

"Troppe volte ho accompagnato mia madre in ospedale in PS e visto troppe cose che non andavano bene o che potevano essere migliorate. Troppe volte ho pensato di scrivere di tutto quello che si sarebbe potuto fare per migliorare e troppe volte ho iniziato a farlo su una sedia di una sala d'attesa... Troppe volte ho pensato a come sia difficile scrivere quando si è medici...o quando si è stati Chief Editor del *British Medical Journal* e non si dovrebbe avere nulla da perdere". (R. Smith, BMJ).

Queste riflessioni rendono sovente la vita del medico difficile sia a me che alle persone che mi stanno vicine. Qualche anno fa, in un bellissimo articolo del *New England Journal of Medicine*, 17 agosto 2011, "*The doctors dilemma: Whats the "appropriate care"*" si sottolineava giustamente che la maggior parte dei pazienti desidera avere cure adeguate. La maggior parte dei medici desidera praticare la pratica in modo scientifico ed etico, ma con la trasformazione di un servizio professionale in un settore tecnologicamente complesso diventa sempre più difficile sapere che cosa sia il rapporto medico-paziente e che cosa sia etico.

Negli ultimi anni abbiamo assistito a un cambio epidemiologico che ha portato di necessità a gestire la complessità. Difficile da definire, non è il numero elevato delle variabili in gioco a definire la complessità, quanto il fatto di essere concatenate tra loro, in maniera evidente o anche non manifesta, da una serie di inter-relazioni, che a volte devono essere attentamente ricercate...La complessità è stata definita come l'embricarsi delle influenze di due o più sistemi nello stesso individuo (ad esempio, malattie della sfera fisico-psichica, contesto sociale ed economico, farmaci).

Paziente complesso: persona con due o più patologie croniche, dove ciascuna condizione può influenzare la cura dell'altra/e condizione/i, limitazioni dell'aspettativa di vita, interazioni tra terapie farmacologiche, e/o controindicazioni dirette alla terapia per una condizione da parte di altre condizioni stesse.

Oggi tutto il dibattito che si sta affrontando trascura tre aspetti importanti: il primo la cura dei pazienti, il secondo la professione medica, il terzo la digitalizzazione e l'intelligenza artificiale.

Il primo aspetto è che il paziente va coinvolto, se possibile ricoverato nel setting assistenziale corretto. Per questo, come dimostra tutta la letteratura scientifica, il setting inadeguato o boarding correla con un aumento della mortalità, dati di medicina basata su evidenze. Il paziente dovrebbe essere al centro, è pura retorica, come riportato su grandi riviste di prestigio tipo il "New England": pare che del paziente non gliene importi niente a nessuno. Il problema credo sia nella gestione dei malati complessi per la necessità di spostare il paziente dal PS in una tempistica oraria, il paziente è spesso ricoverato senza rispettare il setting assistenziale corretto, dove capita capita la cosiddetta "Presa in carico". Il paziente occupa un letto senza il personale medico e infermieristico adeguato alle sue esigenze di patologia e complessità clinica e assistenziale. Questo contrasta con la scienza, con l'organizzazione virtuosa, e con la buona pratica clinica e aumenta la mortalità. Per citare il cardinal Martini, il paziente non è un cliente, l'ospedale non è un'azienda, la sanità è fuori dal mercato. In un conteso ormai così difficile, come riportato quotidianamente dalla stampa e dalle televisioni, abbiamo la necessità di tornare ai fondamentali della natura ed etica del rapporto medico-paziente, che in questo contesto ne assume una importanza straordinaria e, come diceva "Karnofsky", il carattere del medico può produrre nel paziente un effetto pari o superiore a tutti gli altri rimedi: una lezione di vera umanità. La relazione medico-paziente è centrale e non rimane rinchiusa nel campo dell'etica, e della deontologia, o della buona educazione, ma partecipa alla dinamica del processo di cura. Spesso assistiamo a livelli di incomprensione medico-paziente, difficoltà nella comunicazione di fenomeni che avvengono in uno spazio privato, interiore, difficoltà nella comprensione dei linguaggi (significato semantico e valore del significato).

Difficoltà nella traduzione dei simboli extralinguistici, diversità antropologiche, ideologiche e religiose. Impermeabilità diagnostica: il paziente resta distante, si sente studiato, analizzato, ma non interpretato.

Noi dobbiamo ritornare a *Ad-sistere*. Il che significa prima di tutto stare accanto. Dunque, prima della scienza medica, c'è la compagnia al malato; la condivisione e l'aiuto a chi soffre connota radicalmente l'essere medico, non è semplice obbedienza a un impegno professionale. Per imparare non basta un libro, ma occorre un maestro. Se analizziamo la storia e la medicina nell'arte troviamo

i quadri che ritraggono medici illustri intenti nella loro pratica clinica, ma anche come maestri, attornati da studenti e colleghi più giovani nell'atto di carpirne l'arte con sguardi attenti e ammirati. Stupore, curiosità e desiderio sono gli ingredienti che rendono efficace l'apprendimento. I medici che oggi purtroppo escono dalle nostre Università pensano ormai esclusivamente in termini di malattie, non di malati. Il malato si sente sempre meno capito dal nuovo medico funzionario, che fa domande soprattutto per riempire formulari, o dal medico specialista che è esperto solo di un pezzo del suo corpo e che di quel pezzo si occupa come se non fosse parte di qualcuno; (Tiziano Terzani *Un altro giro di giostra*). Bisogna tornare ai tre principi fondanti della natura del nostro lavoro, un medico deve:

(SAPERE), Il cervello che è la competenza cognitiva riguardante teorie e concetti, conoscenze informali e tacite, acquisite con l'esperienza. Esempi: elencare, descrivere, definire, interpretare, scegliere.

(SAPER FARE) Le mani, cioè la competenza funzionale e gestuale. Comprende tutto quanto un professionista dovrebbe essere in grado di fare in un determinato contesto di lavoro, apprendimento o attività sociale. Esempi: eseguire, praticare, somministrare, applicare, regolare, misurare.

(SAPER ESSERE) Il cuore, le competenze personali, comunicative e relazionali. Il saper essere definisce come comportarsi in una situazione specifica. Esempi: informare, spiegare, far riflettere, incoraggiare, rassicurare, motivare.

Tutte queste competenze e capacità che deve avere un buon medico le deve estrinsecare in una comunicazione corretta. Comunicazione proviene dal greco κοινώνέω, partecipo, κοινόν comunità, κοινώω (rendo comune). Invece dal latino *communico*, mettere in comune, condividere, *cum moenia* (scambi di doni all'interno delle mura comuni). La comunicazione deve essere uno scambio di doni. Relazione, dal latino *relatio*, rapporto, relazione, narrazione. Ogni comunicazione ha un aspetto di "contenuto" e un aspetto di "relazione". Il rapporto medico-paziente si basa per il 7% sulle parole (comunicazione verbale), per il 38% sul tono, timbro, volume e l'inflessione della voce (comunicazione paraverbale), per il 55% sul linguaggio del corpo (comunicazione non verbale). Chi parla e chi ascolta devono utilizzare termini e parole note a entrambi, che abbiano un medesimo significato per l'uno e per l'altro. "Quando a Napoli ci fu il colera, la colpa fu data alle cozze; in televisione però le cozze furono chiamate mitili e allora successe che buona parte dei napoletani, non sapendo cosa fossero i mitili, continuarono a mangiare le cozze." (Luciano De Crescenzo- *Storia della filosofia greca- I presocratici*). Quello che noi comunichiamo è ciò che l'altro ha capito,

e non quello che pensiamo di aver comunicato. Luigi Pirandello in *Sei personaggi in cerca di autore* ci chiarisce la difficoltà della comunicazione. Abbiamo tutti dentro un mondo di cose, ciascuno un suo mondo di cose. E come possiamo intenderci, signore, se nelle parole ch'io dico metto il senso e il valore delle cose come sono dentro di me; mentre chi le ascolta, inevitabilmente le assume col senso e col valore che hanno per sé, del mondo com'egli l'ha dentro? Crediamo di intenderci; non ci intendiamo mai. Mi viene in mente sempre un ricordo della mia gioventù a Pavia, quando un medico di certo poco comunicatore e incapace di comunicare una malattia tragica, per dire ai genitori che il figlio aveva la leucemia acuta gli comunicava "Suo figlio è malato ha una espansione del clone CD10 del midollo". Sic..

Parole semplici, tono, pause dialogiche, velocità, timbro, volume, inflessioni dialettali, ritmo, sospiri, silenzi. Per comunicare bisogna saper ascoltare. L'ascolto è dato dalla capacità di comprendere una prospettiva diversa dalla propria, di considerare le caratteristiche dell'altro e i suoi attributi di ruolo, di tenere presente la prospettiva durante l'interazione: latino *audio, is, ivi, itum ire*, udire, ascoltare, aver udito. Ci vuole orecchio avrebbe detto un illustre medico e cantore, Enzo Jannacci. L'ascolto attivo permette di apprendere informazioni non evidenti e segnali deboli, come potrebbero essere quelli emessi attraverso il linguaggio del corpo. Gli dei hanno dato agli uomini due orecchie e una bocca perché ascoltassero il doppio e parlassero la metà, Talete di Mileto.

Questo il contesto sulla difficoltà del rapporto medico-paziente, sulla comunicazione e sulla comprensione. A questa complessità si aggiunge oggi il tablet, il cellulare, il computer. Lo sviluppo di applicazioni per tablet e smartphone viene incontro non solo ai pazienti per migliorare la gestione delle patologie e velocizzare la comunicazione con il Curante, ma riveste anche un ruolo molto interessante e importante nel cambiare radicalmente l'approccio clinico - diagnostico nell'assistenza sanitaria. Intanto in uno studio recente si dimostrava in maniera inoppugnabile che è meglio andare dal medico, perché nella diagnosi, il dottore batte il computer. Secondo la ricerca il medico è più affidabile del computer quando si tratta di fare una diagnosi: i camici bianchi sono più bravi delle APP Specializzate nell'individuare una patologia. Il 74% dei casi risolti dai clinici, contro il 34% dalla tecnologia.

Diventa molto difficile per il computer interrogare i pazienti e le loro relazioni, al fine di indagarli e raccogliere i dati clinici e anamnestici nella fase iniziale. Questo indispensabile processo di apprendimento potrebbe essere compromesso nella diagnosi gestita dall'intelligenza artificiale. Inoltre, il medico, durante il processo diagnostico, può avvalersi di attività non algoritmiche, dette anche occhio clinico e intuizione, che non sempre possono essere espresse razionalmente. Così in

un'intervista di "Repubblica" del 2012 dicevo: "Mi fido dell'occhio clinico. L'informatica può servire ma una visita accurata e il rapporto con il paziente restano elementi insostituibili per fare diagnosi e cura. I malati spesso si lamentano anche della mancanza del rapporto con il medico. Fanno bene: si è persa negli anni la conversazione con il paziente per farsi spiegare i sintomi, è stata sostituita dall'uso della tac, risonanza, ecografia. Siamo andati incontro a una spersonalizzazione del rapporto medico-paziente. L'introduzione del computer con un ruolo diagnostico accentuerebbe questo problema e porterebbe a una medicina sempre più fredda. E spesso bisogna fare in fretta, dedicando un quarto d'ora a visite che richiederebbero un'ora. Veramente spiacevole. Così qualche anno fa Alberto Scanni sul "Corriere della sera": se per un guasto si porta l'auto dal meccanico e si chiede quando sarà pronta, spesso la risposta è: "mi lasci guardare, non so quanto tempo ci vorrà". Quando nell'ambulatorio di un ospedale si deve visitare un malato, invece, le direzioni stabiliscono quanti minuti deve durare la visita, e al numero di minuti stabilito ci si deve attenere, pena reprimende e riduzione dei budget. Ma un malato è meno importante di un'automobile, visto che anche nel caso del paziente non si sa esattamente che cosa abbia, lo si debba visitare e valutare tutta la sua documentazione e arrivare a un «consenso informato»?"

## L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE IA

Una volta classificate le malattie con le relative probabilità, la decisione sul trattamento si basa sulla conoscenza della medicina basata sull'evidenza e sulle scelte umane (valutazioni relative al valore del paziente e del medico). Al trattamento della malattia, infatti, seguono risultati di carattere probabilistico, solo secondo quanto statisticamente previsto dagli studi clinici randomizzati e controllati. Fermo restando che in medicina interna, dove si cura il malato e non la malattia, di evidenze scientifiche di medicina basata sull'evidenza ne esistono poche, così IA va a scontrarsi con la complessità e la polipatologia. In letteratura i risultati sono generalmente rappresentati dalla percentuale di riduzione del rischio nel verificarsi dell'evento trattato, con l'intervallo di confidenza di tale percentuale, e dal minor numero di pazienti da trattare per ottenere un evento favorevole. A questo proposito, però, i medici possono solo prevedere la riduzione del rischio derivante da un trattamento adeguato (quanti), ma non sono in grado di prevedere quali di questi pazienti ne trarranno beneficio (chi). Inoltre, in questa fase dell'attività medica, dobbiamo riconoscere che anche con l'IA è ancora presente un'inevitabile incertezza. Insomma, l'IA, così come sviluppata finora, ha il vantaggio di ridurre il rischio residuo, connesso all'elevato volume delle informazioni che devono essere gestite e alla complessità delle regole logiche da seguire. Non può in alcun modo né rimuovere né ridurre le incertezze inerenti la fase fondamentale di raccolta dei sintomi e dei segni, alla molteplicità delle diagnosi compatibili, e al programma terapeutico essenziale che è sia

soggettivo (la scelta) che probabilistico (i risultati). A questo proposito occorre evitare di creare false illusioni, che allungherebbero ulteriormente l'elenco delle aspettative ingiustificate. Un'ulteriore considerazione è necessaria per quanto riguarda le potenzialità dell'IA e i suoi limiti in medicina. Anche i sistemi di IA più avanzati (ovvero il *deep learning* basato su reti neurali artificiali) offrono prestazioni competitive rispetto a quelle umane, ma, al momento, non sembrano in grado di proporre soluzioni nuove, diverse da quelle già conosciute o intraprese. Fare eccessivo affidamento su questi sistemi potrebbe essere estremamente negativo poiché la conoscenza e l'esperienza dei medici, sulla base delle quali scoprono e forniscono nuove spiegazioni e soluzioni, potrebbero iniziare ad affievolirsi, ad esempio, nel caso della raccolta di sintomi e segni. Oltre ai futuri sviluppi dell'IA in campo medico, è importante tenere in considerazione i pericoli e i danni dell'attuale utilizzo dell'informatica in medicina, con un possibile conseguente peggioramento della pratica clinica (progressiva delega del compito diagnostico-terapeutico, responsabilità verso una macchina, perdita di capacità umane, riduzione dei tempi).

Per quanto riguarda l'intelligenza artificiale, oggi è il momento di ChatGpt. Il prototipo di chatbot basate su un sistema molto sofisticato di intelligenza artificiale e apprendimento automatico sta entrando in poco tempo nelle nostre vite. Chiunque può conversare con il sistema ponendogli domande qualsiasi, incluse questioni di carattere medico. Per esempio nei mesi scorsi la Chat è stata sottoposta ai test di medicina sia in Usa ma anche in Italia, riuscendo a superarli. Questo dimostra e conferma tutti i dubbi di molti sulla validità e scientificità dei test di ammissione a Medicina. Ma come se la cava ChatGpt con le questioni mediche reali? Riporto l'esperienza di un medico veneto angiologo che ha iniziato ponendo alcune domande sulla trombosi superficiale TVS e sulla trombosi profonda TVP. Quale terapia per una trombosi venosa superficiale di un arto inferiore e quale terapia per una trombosi venosa superficiale prossima alla crosse safeno-femorale? Quale terapia per una trombosi venosa profonda? Vengono citate terapie e approcci terapeutici che non sono completamente definiti dalle linee guida, e non prevedono tutte le possibili comorbilità frequenti in questi pazienti, diabete, scompenso cardiaco, insufficienza renale, etc.. Quello che salva l'Intelligenza artificiale e la risposta ad alcuni quesiti è la seguente dicitura: ***è importante che tu parli con il tuo medico per determinare il trattamento più appropriato*** per la tua situazione specifica. Siamo al centro e anche con l'Intelligenza artificiale il medico e il rapporto medico-paziente è insostituibile. A questo punto direi che forse bisogna tornare all'antico e sottolineare ancor di più il rapporto medico-paziente. Adesso parlo come paziente per definire il medico che vorrei. Io desidererei avere un medico che mi tratti come una persona per la quale ha interesse. Qualcuno che ti ascolti soprattutto con empatia, spieghi le cose, non tema di ammettere quello che

non sa della mia situazione. Un medico che guardi personalmente i risultati e ve ne spieghi il significato. Un medico che non si limiti a prescrivere qualche cosa quando lo chiamate, ma cerchi di capire cosa avete che non va. Qualcuno che si siede davanti a te o meglio accanto e ascolta. Alcuni medici vi parlano come se fossero fuori dalla stanza o peggio continuano a parlare al telefono in vostra presenza. La strada del ritorno al capezzale, se crediamo negli aspetti umani della nostra professione, appare una strada obbligata. Abbiamo bisogno di professori che spieghino ai giovani studenti di medicina non solo le linee guida e trial clinici ma i valori profondi della cura del paziente. Come avevo detto, *Ad-sistere*, stare accanto. I professori devono spiegare ai giovani in maniera tale che comprendano veramente il valore di una buona storia medica, i vantaggi di un esame fisico pertinente, e trasmettere il saper pensare e l'importanza della responsabilità. Abbiamo bisogno di Professori Medici che ancora dicano che il malato bisogna toccarlo, farlo sentire vivo, che utilizzino per primi lo stetoscopio e non l'ecocardiogramma, per rilevare la malattia cardiaca valvolare. Professori che utilizzino per primi l'oftalmoscopio, e non la risonanza magnetica, per rilevare l'ipertensione endocranica. Professori che usino prima gli occhi, non un apparecchio per l'emogasanalisi, per rilevare cianosi. Professori che usino prima le mani, non la tomografia computerizzata, per rilevare la splenomegalia. Professori che usino sempre il cervello e il cuore, non un'orda di consulenti, per gestire i propri pazienti. Cito qualche riflessione di grandi medici sulla difficoltà che oggi incontriamo nel discutere queste problematiche nelle sedi istituzionali e delle possibilità di parlare di questi argomenti che sono il futuro per i pazienti e per la professione medica. Rapporto medico-paziente. Bonaccini, medico e professore, racconta la sua esperienza di grave malato ematologico, "Se si troverà un donatore, se supererà tutto questo, forse potrà salvarsi. Mi sembra già di essere di fronte al plotone di esecuzione. Aspetto solo che, da un momento all'altro, qualcuno dia l'ordine di premere il grilletto. Sento i proiettili che mi lacerano la carne, sto vaneggiando, non una parola di conforto, non un sorriso, non un'indicazione di speranza". C'è un'umanità che supera la scienza e la competenza, che non s'impara sui banchi dell'università, che non rientra nel prontuario dell'Azienda Sanitaria, ma che è vitale: come e più delle medicine. Sono sicuro che eticamente qualche volta dobbiamo chiedere perdono, ma penso che ci siano dei limiti e una mancanza di visione dei problemi, la sensazione che si voglia smantellare il SSN. Allora pensiamoci a utilizzare bene i soldi del PNRR, per fare programmazione vera di Ospedali, letti, mission, medici e infermieri, non utilizziamo la sanità per eleggere i sindaci. I soldi in sanità, che non è di destra né di sinistra, servono per curare i pazienti, che è e rimane un grande servizio di civiltà del nostro paese. Noi abbiamo bisogno di sensibilità istituzionale e di certezze, per curare tutti: ricchi e poveri, di qualsiasi razza, credo, religione, sia magistrati che delinquenti, questa è la civiltà che porta benessere, così siamo cresciuti, questa la nostra formazione ed etica medica, il

paziente prima di ogni cosa. La strada è il ritorno al capezzale, anche se con il computer e l'utilizzo dell'algoritmo, ma se si perdono gli sguardi, le emozioni, perdiamo il vero senso e natura della Medicina. “Ho ricevuto qualche premio anch'io e qualche volta ho pensato come Isak Borg ed ho settantotto anni. Domani nella cattedrale di Lund si celebrerà il mio giubileo professionale, mi premiano. Ho pensato molto ma se mi chiedono cosa deve saper fare un medico ho pensato di rispondere “Un medico deve saper chiedere perdono” (Ingmar Bergman, *Il posto delle fragole*, 1958). “Mio padre già mi vedeva nei panni dell'arcangelo che sgomina il cancro del sistema linfatico: «La tua strada è l'ematologia». Io lascio correre la fantasia di mio padre, ma facevo di testa mia. La mia specialità sarebbe stata la medicina interna, tutti i mali dell'uomo, i mali di tutti gli uomini” (Daniel Pennac, *La lunga notte del dottor Galvan*). Noi possiamo misurare, e pesare vari indicatori, tutto relativo a una conoscenza esatta che non sia il sentimento corporeo. Pertanto, lo scopo è acquisire una saggezza così precisa da consentire pochi errori in un modo o nell'altro. “Loderei molto il medico che ha fatto poco torto; eppure raramente si trova la certezza” (Ippocrate, *De prisca medicina*). Infine, probabilmente la strada di tornare al letto del paziente appare l'unica via d'uscita per armonizzare l'impatto della Intelligenza artificiale nel gestire la medicina moderna. Abbiamo bisogno di quello che è stato definito il nuovo patto tra medico e paziente; sia i pazienti che i medici devono essere consapevoli del fatto che **la morte, la malattia e il dolore appartengono alla vita**. La medicina ha poteri limitati, soprattutto quando si tratta di problemi sociali, e può rappresentare essa stessa un rischio. I medici non sanno tutto: devono prendere una decisione in situazioni difficili che richiedono reciproco sostegno psicologico. Medici e pazienti sono alleati; i pazienti possono delegare i loro problemi ai medici; i medici dovrebbero essere aperti riguardo ai propri limiti e cercare di avere una visione olistica. Tutti dovrebbero evitare di fare promesse o richieste stravaganti e lontane dalla realtà. Il medico deve rendersi conto che il suo paziente si rivolge a lui non solo per essere informato dell'etichetta della sua malattia (diagnosi), piuttosto da comprendere prima di curare; per discutere con lui della sua attuale qualità di vita e di come la vedo io. L'IA è e sarà presto routine di molti settori medici e diventerà ancora più preziosa e decisiva. Dovremmo stare attenti al suo uso ossessivo e disumanizzante. Potrebbe andare contro il bisogno del paziente di essere curato e indebolire il suo coinvolgimento nelle decisioni mediche, diminuendo la stima e fiducia reciproca. Non sempre possiamo risolvere, non sempre possiamo guarire, sempre possiamo compatire, sempre possiamo confortare.