

La comunicazione medico paziente tra tecnologia e umanesimo

L'inafferrabile altro

- La competenza emotiva al cuore dell'etica della cura

Scienza ed empatia

- Comunicare nei diversi scenari clinici

IA e medicina

- Esperienze in medicina generale e farmacologia

Focus SSN

- L'intervento del presidente FNOMCeO Filippo Anelli

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALI

- Una buona provvista per il viaggio**
Germano Bettoncelli.....3
- La relazione di cura tra algoritmi e umanesimo: una sfida etica e clinica**
Angelo Bianchetti.....5

PRIMO PIANO

- Dall'altra parte. Emozioni e sentimenti nei luoghi della salute e della cura**
Daniele Bruzzone.....7

COMUNICARE NEI DIVERSI SCENARI CLINICI

- Comunicare nella medicina di famiglia è ancora una priorità?**
Crazia Rinaldis.....11
- Noi, la sua squadra. Comunicare con il bambino per dare senso al suo vissuto**
Fabian Schumacher.....13
- I diritti del minore e la pratica clinica**
Mauro Ricca.....15
- Le trame di una lunga storia**
Comunicare con la persona anziana
Stefano Boffelli.....18
- Parole che curano, mondi che si incontrano.**
L'arte della comunicazione interculturale
Maria Elisa Alessi.....20
- Comunicazione, tecnologia e salute mentale**
Giovanni Battista Tura.....22
- La parola difficile. Comunicazione e prognosi infausta**
Cosimo Chelazzi.....24
- Le parole che restano. Comunicazione, autodeterminazione e cura nel fine vita**
Ines Testoni.....26

L'INTERVENTO

- Autonomia della persona e dignità del morire**
Giacomo Canobbio.....28

FOCUS SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- Il SSN un amore tutto italiano**
Filippo Anelli.....33

✳ *L'illustrazione è spiegata in 3ª di copertina*

Come nel Triangolo delle Bermude
Raffaele Spiazzi



IA E MEDICINA

- La sfida della complessità.**
Trasformare la diagnosi in relazione
Lucia Procuranti.....35
- Intelligenza artificiale e medicina di famiglia.**
L'esperienza del progetto MIA
Nicola Bastiani.....38
- Algoritmi, molecole e pazienti virtuali in Farmacologia**
Sandra Sigala.....40
- Tecnologia e incertezza diagnostica: dall'intolleranza alla tolleranza condivisa**
Giuseppe Belleri.....43

LA FINESTRA SUL MONDO

- Sudan: una tragedia dimenticata**
Gianpaolo Balestrieri.....47

LA VOCE DEGLI ODONTOIATRI

- Salviamo i denti naturali!**
Gianmario Fusardi.....48

LIBRI

- Giuseppe Remuzzi, In punta di piedi**
Recensione a cura di Angelo Bianchetti.....50
- Marco Trabucchi, Invecchiare non fa paura**
Recensione a cura di Renzo Rozzini.....51

STORIE DI PAZIENTI

- Casi clinici**
Renzo Rozzini.....52

RICORDI

- Dottor Alberto Landi - Dottoressa Daniela Vigato.....54**

DIREZIONE - REDAZIONE - AMMINISTRAZIONE

Via Lamarmora, 167 - BRESCIA - Tel. 030 2453211 - Fax 030 24 29530
info@ordinemedici.brescia.it - info@omceobs.legalmailpa.it - ordinemedici.brescia.it

DIRETTORE RESPONSABILE: Dott. Angelo Bianchetti - COMITATO DI REDAZIONE: Dott.ssa Maria Elisa Alessi, Dott. Germano Bettoncelli, Dott.ssa Lisa Cesco, Dott. Claudio Cuccia, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott. Renzo Rozzini, Prof.ssa Sandra Sigala, Dott. Raffaele Spiazzi - COORDINAMENTO EDITORIALE: Dott.ssa Lisa Cesco.

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE 2025-2028

PRESIDENTE: Dott. Germano Bettoncelli - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Annalisa Voltolini - SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto, TESORIERE: Dott. Nicola Bastiani - CONSIGLIERI: Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Silvio Caligaris, Dott.ssa Tiziana Candusso, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott. Dario Palini, Dott.ssa Maria Pia Pasolini, Dott. Renzo Rozzini, Prof.ssa Sandra Sigala, Dott. Umberto Valentini, Dott.ssa Federica Zanotti, Dott. Gianmario Fusardi (Odontoiatra), Dott.ssa Chiara Cioffi (Odontoiatra).

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO MEDICI

PRESIDENTE: Dott. Germano Bettoncelli - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Annalisa Voltolini - SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto - COMPONENTI: Dott. Nicola Bastiani, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Silvio Caligaris, Dott.ssa Tiziana Candusso, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott. Dario Palini, Dott.ssa Maria

Pia Pasolini, Dott. Renzo Rozzini, Prof.ssa Sandra Sigala, Dott. Umberto Valentini, Dott.ssa Federica Zanotti.

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO ODONTOIATRI

PRESIDENTE: Dott. Gianmario Fusardi - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Sara Geretto - SEGRETARIO: Dott.ssa Claudia Valentini - COMPONENTI: Dott.ssa Chiara Cioffi, Prof. Stefano Salgarello.

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

PRESIDENTE: Dott.ssa Patrizia Apostoli (nominato ai sensi dell'art. 2 co. 3 della L. 3/2018) - COMPONENTI EFFETTIVI: Dott. Erminio Tabaglio, Dott.ssa Emanuela Tignonsini - COMPONENTE SUPPLENTE: Dott.ssa Silvia Gregorini.

UFFICIO DI PRESIDENZA

COMPONENTI: Dott. Nicola Bastiani, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Gianmario Fusardi, Dott. Bruno Platto, Dott. Erminio Tabaglio, Dott. Umberto Valentini, Dott.ssa Annalisa Voltolini.

PROGETTO EDITORIALE a cura di Margherita Saldi, partner Luca Vitale e Associati - Progetti di comunicazione - IMPAGINAZIONE GRAFICA Annamaria Guerrini - STAMPA Tipolitografia Pagni Srl - Via Adua, 6 - 25050 Passirano (BS).

IMMAGINE DI COPERTINA realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi.

La riproduzione di vignette e testi è libera purché vengano citati fonte e autore.

Una buona provvista per il viaggio



Il Presidente Germano Bettoncelli

Ai primi di gennaio su uno dei nostri quotidiani locali compare una lettera al direttore di questo tenore: *“Mi è capitato qualche giorno fa di avere bisogno di un paio di ricette. Una decina di minuti, poco più, dal medico che mi ritrovo ad avere a causa di sostituzioni varie. Non ha mai alzato lo sguardo, non ha sorriso, penso di essere un fantasma di passaggio per quel signore. Sintesi: l’ho trovato squallido”*. Dalla Treccani. *“Squallido - Che, per la mancanza di ogni caratteristica positiva, e per la presenza di aspetti negativi diversi, è in sé misero e triste e fonte di tristezza, desolante e deprimente”*. C’è da riflettere, anche non conoscendo la natura delle prescrizioni richieste. Da una parte il medico forse lì per una sostituzione occasionale, magari ha fretta perché in ritardo, forse per il cattivo funzionamento del SISS, o per altri suoi motivi. In fondo lui non conosce la paziente, è solo un incontro occasionale, non si prospetta la necessità di una presa in carico. Ripetere una ricetta estraendo il farmaco dalla cartella elettronica è un atto di solito semplice e veloce. Per contro ovviamente prescrivere un nuovo farmaco richiederebbe invece un approfondimento delle motivazioni e delle condizioni complessive della paziente.

Lo sguardo del medico, fa capire la signora, resta invece incollato allo schermo e non incrocia neppure per un istante il suo.

“ La comunicazione tra paziente e medico è il primo e fondamentale momento del processo di diagnosi e terapia.

Cosa si aspettava questa signora? Quali pensieri nutriva collegati al significato di quei farmaci o di quelle prescrizioni diagnostiche? Quale immagine del medico, ideale o elaborata nell’esperienza di precedenti incontri, portava dentro di sé? Intuibilmente lei si aspettava un approccio relazionale basato prima di tutto sulla gentilezza, perché in una relazione così breve non è certo in gioco tanto la competenza clinica. E probabilmente questo lo sa anche lei. Eppure, sente che un certo scambio comunicativo, pur in una relazione minimale, è una necessità, non

un accessorio o solo un segno di buona educazione.

Infatti, la comunicazione tra paziente e medico è il primo e fondamentale momento del processo di diagnosi e terapia e la sua qualità è spesso il fattore determinante che condiziona la qualità dell’intero successivo sviluppo di tale processo. Con dinamiche complesse, condizionate da personalità, rapporti o esperienze precedenti, emozioni, convinzioni, cultura e pregiudizi, del medico certo, ma anche ovviamente del paziente. Tutto questo calato in un contesto reale impastato di complessità orga-



nizzative del lavoro, burocrazia, atteggiamenti aggressivi, eventi impreveduti che contingentano e a volte addirittura strangolano il tempo prezioso dedicabile all'ascolto del paziente. Fino al punto che talora ciò che il paziente riferisce non coincide, del tutto o in parte, con ciò che il medico realmente coglie. Infatti, in quella che sempre in definitiva si connota come una relazione scaturita da una richiesta di aiuto, i pazienti, loro stessi per primi, sperimentano la propria difficoltà nell'esprimersi, nel riuscire a trovare le parole che traducono certo i sintomi del loro malessere, ma nel contempo le ansie, le paure, le preoccupazioni, le angosce che li accompagnano. Un vasto spazio di *indicibile* che si esprime con gli sguardi, la postura, spesso i silenzi enigmatici. Silenzi che non bisogna interrompere, piuttosto da ascoltare. Perché nella vita non tutto è pronunciabile, non tutto è possibile esprimere.

Indicibile che pretende però, anche inconsciamente, di essere compreso per le ferite del corpo e dell'anima, accolto, con la propria fragilità, di persona non giudicata solo come un oggetto rappresentato da un organo malato. Di essere compreso anche quando il modo espressivo

“ Il tempo della comunicazione è un vero e proprio tempo di cura.

è incerto, palesemente influenzato da quanto letto sui giornali, dalla televisione, dai vicini di casa, dalla sempre più pervasiva comunicazione digitale. Tutto questo interferisce con la spontaneità della comunicazione, falsando quella semplicità e naturalezza così importanti invece per l'ascolto del medico nel suo sforzo di comprensione. Causa di distorsioni comunicative e di incomprensioni, che non di rado esitano in conflittualità o nell'attribuzione dell'etichetta di "paziente difficile".

Dunque, il dialogo tra il paziente e il suo medico resta uno strumento di diagnosi e terapia che, pur così antico, ancora oggi rimane un'indispensabile necessità nell'esercizio della professione medica. Ed è strano che ancora il corso di studi universitari per la preparazione del medico non attribuisca, se non in sporadiche esperienze, il rilievo che merita alla comunicazione. Lo stesso rilievo che si riserva all'esecuzione di un corretto esame obiet-

tivo. Tanto più che l'articolo 20 del Codice Deontologico esplicitamente definisce il tempo della comunicazione quale *vero e proprio tempo di cura*.

Necessità, non un accessorio o un elemento di buona educazione, nonostante, nella diffusa e piuttosto comune visione della medicina odierna, prevalga l'enfasi sulle tecnologie sì sofisticate, ma impersonali e anaffettive. Tecnologie divenute spesso da mezzi utili nelle mani del medico a pretese finalità esclusive del suo agire.

In conclusione, non potremo pretendere che non avremo mai problemi di comunicazione con i nostri pazienti, che non ci irriteremo quando le cose non andranno come vorremmo, a fronte di pretese impossibili o a tentativi di prevaricazione. Ma potremo certo cercare di fare più attenzione all'ascolto e alle nostre parole. Il poeta John Stone nella sua poesia dedicata agli studenti laureandi in medicina, tra le altre cose dice "Imparerete a vedere più a fondo con la coda dell'occhio, a udire meglio con il vostro orecchio interiore". Una buona provvista per il viaggio.

(tratto da: "Gaudemus igitur" In: Stone J. *Renaming the streets. Baton Rouge: Louisiana State University Press, 1985*). ■

La relazione di cura tra algoritmi e umanesimo: una sfida etica e clinica



Il Direttore **Angelo Bianchetti**

Il progresso tecnologico sta riscrivendo i confini della medicina con una velocità che spesso supera la nostra capacità di riflessione critica. In questo scenario, la comunicazione tra medico e paziente emerge non come un accessorio burocratico o un semplice atto di cortesia, ma come il fondamento stesso dell'atto terapeutico. Per questa ragione abbiamo voluto dedicare al tema della relazione e della comunicazione medico paziente questo numero di *BresciaMedica*.

L'articolo 20 del Codice Deontologico sancisce con chiarezza: il tempo della comunicazione è tempo di cura. Eppure, la realtà quotidiana degli ambulatori e delle corsie d'ospedale racconta spesso una storia diversa, fatta di sguardi incollati agli schermi e di una "scienza" che, pur progredendo

tecnicamente, rischia l'arretratezza sul piano umano.

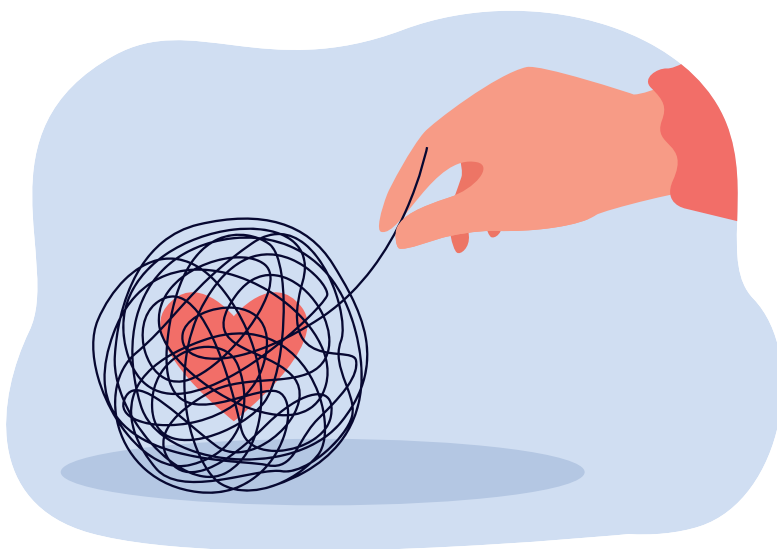
Viviamo un'epoca di straordinaria efficienza diagnostica. Siamo in grado di mappare il genoma, trapiantare organi e utilizzare l'Intelligenza Artificiale per prevedere l'andamento di patologie complesse. Tuttavia, questa potenza tecnica genera un paradosso: più gli strumenti diventano sofisticati, più il paziente rischia di sentirsi un "fantasma di passaggio", un oggetto rappresentato da un organo malato piuttosto che una persona nella sua interezza. L'avvento dell'Intelligenza Artificiale (IA) e del *Machine Learning* rappresenta l'ultima frontiera di questa trasformazione.

Progetti di supporto all'assistenza territoriale e l'uso di mo-

“Saper dire “non so” accompagnato dall'impegno a restare accanto al paziente ha un valore terapeutico superiore a qualsiasi rassicurazione generica.

delli predittivi possono certamente ottimizzare la gestione delle cronicità e ridurre l'errore umano. Ma la tecnica, per sua natura, opera nel dominio del *chronos* — il tempo misurabile e sequenziale — mentre la cura appartiene al *kairos*, il momento opportuno e unico dell'incontro umano. Un algoritmo può processare dati con velocità sovrumana, ma non possiede la "sensibilità affettiva" necessaria per cogliere l'indicibile che si nasconde in uno sguardo o in un silenzio.

L'approccio umanistico in medicina non è un richiamo nostalgico al passato, ma una necessità clinica. La sofferenza non è mai solo un dato biologico; è un'esperienza che cambia il modo di essere e di sentire del malato. Curare significa dunque passare dal semplice trattamento della malattia al "prendersi cu-



ra” della persona, riconoscendo quella condizione di vulnerabilità che accomuna chi cura e chi è curato.

In questo contesto, la comunicazione efficace diventa lo strumento per gestire l’incertezza, che è parte intrinseca della clinica. La tecnologia promette certezze oggettive, ma la realtà della malattia è spesso ambigua e complessa. Solo una relazione basata sull’ascolto attivo e sull’empatia permette di costruire quell’alleanza terapeutica che garantisce l’aderenza alle cure e sostiene la speranza, anche di fronte a prognosi infauste. Saper dire “non so”, se accompagnato dall’impegno a restare accanto al paziente,

ha un valore terapeutico superiore a qualsiasi rassicurazione generica o automatizzata.

La sfida del futuro non è scegliere tra umanesimo e tecnologia, ma realizzare un’armonica integrazione tra questi due mondi necessariamente integrati. L’IA e gli strumenti digitali devono restare mezzi nelle mani del medico, “assistenti” capaci di liberare tempo per la relazione, non barriere che allontanano lo sguardo. La responsabilità clinica e il rapporto di fiducia restano, e devono restare, prerogative umane.

Dobbiamo quindi guardare alla tecnologia con “meraviglia”, come suggeriva Aristotele,

ma senza esserne diretti. L’obiettivo è una medicina che utilizzi il rigore del metodo scientifico per potenziare, e non sostituire, la capacità di provare *com-passione*. Il medico del futuro dovrà essere un “professionista riflessivo”, capace di usare algoritmi complessi e, allo stesso tempo, di “udire meglio con l’orecchio interiore”.

La qualità della nostra professione si misurerà sempre più sulla capacità di non smarrire l’umanità e la capacità di relazione. La comunicazione rimane lo strumento più efficace capace di trasformare una fredda prestazione tecnica in un autentico gesto di cura. ■

Bilancio delle attività 2025

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Brescia



Il documento, inaugurato quest’anno, rappresenta un’occasione di riflessione e trasparenza nei confronti degli iscritti, delle istituzioni, dei portatori di interesse e dell’intera collettività.

Un nuovo strumento attraverso il quale l’Ordine espone le attività svolte, i risultati raggiunti e le prospettive future, presentando dati e indicatori qualitativi e quantitativi che restituiscono il valore sociale e professionale del lavoro compiuto.

Scaricalo qui 



Dall'altra parte

Emozioni e sentimenti nei luoghi della salute e della cura

Daniele Bruzzone

Ordinario di Pedagogia della vita emotiva - Università Cattolica del Sacro Cuore

Jerome Groopman, oncologo della *Harvard Medical School* e responsabile del reparto di Medicina sperimentale al *Beth Israel Deaconess Medical Center* di Boston, all'inizio del suo libro *Anatomia della speranza* racconta di quando, giovane studente di Medicina, incontrò una paziente affetta da tumore metastatico al seno, deceduta alla gio-

vane età di 34 anni per aver rifiutato di sottoporsi a chemioterapia. L'episodio, allora, lo aveva lasciato sconcertato. Soltanto molti anni dopo, il dott. Groopman riuscì a capire ciò che all'epoca degli eventi gli era sfuggito. La formazione medica che aveva ricevuto – scrive – non prevedeva l'esercizio dell'empatia, che perlopiù veniva avvertita come



Album / Alamy Stock Photo

Scienza e carità, 1897, Pablo Picasso (1881-1973), Museo Picasso, Barcellona, Catalogna, Spagna

un rischio di eccessivo coinvolgimento emotivo. Tuttavia, quel distacco che si riteneva “professionale” si traduceva in un fondamentale misconoscimento dell’animo umano:

A parole si riconosceva l’importanza dell’emotività dei malati; nei fatti, la si ignorava quasi completamente. Se qualcuno si fosse messo a parlare di psiche o anima, noi giovani medici, certi che il nostro futuro dipendeva dal rigore del metodo scientifico, avremmo come minimo inarcato le sopracciglia. [...] Meglio lasciare i problemi dell’anima e dello spirito ai non adatti alla stratosfera accademica, agli assistenti sociali e ai sacerdoti che collaboravano con gli ospedali.¹

Era il 1975. Nondimeno, questa riflessione mantiene la sua attualità, nella misura in cui nei luoghi della cura vige ancora (non sempre e non ovunque, fortunatamente) una rigida distinzione di ruoli, se non una vera e propria separazione tra chi cura e chi è curato, tanto da impedire la comunicazione profonda e la comprensione reciproca. Di questo paradosso hanno scritto, ormai vent’anni fa, tre medici italiani in un libro dal titolo *Dall’altra parte*², nel quale raccontano l’esperienza della propria malattia e il ribaltamento di prospettiva che questa esperienza ha provocato in ciascuno di loro. Abituati a mantenere le distanze, per i lunghi anni in cui si sono dedicati alla cura degli ammalati, non avevano mai compreso, tuttavia, che cosa significasse sentirsi feriti, impotenti e vulnerabili, se non quando sono stati costretti ad affidarsi alle cure di altri.

Analogamente, il protagonista del film *Un medico un uomo* (USA, 1991), brillante chirurgo poco incline alla compassione, quando scopre di essere

affetto da tumore alla laringe e deve suo malgrado sottoporsi a una serie di esami clinici anche invasivi, sperimenta sulla propria pelle, per una volta, che cosa voglia dire essere non dalla parte dei sani, ma da quella dei malati. Questa circostanza imprevista lo costringe a capovolgere il suo punto di vista e a cambiare il suo approccio all’educazione dei colleghi più giovani, che da allora in poi costringerà a subire per un giorno gli stessi esami clinici che in futuro dovranno praticare sui loro pazienti.

La dottoressa Rita Charon, medico internista autrice del programma di Medicina Narrativa alla Columbia University di New York, nell’incipit di un suo libro edito in Italia da Raffaello Cortina, invita a riflettere sull’inadeguatezza di una scienza che ha fatto passi da gigante sul piano tecnico, ma è ancora arretrata sul piano umano e relazionale:

Siamo diventati molto bravi a diagnosticare e curare le malattie. Sappiamo eliminare infezioni un tempo fatali, prevenire attacchi cardiaci, guarire leucemie infantili e trapiantare organi. Ma nonostante un progresso così impressionante, manca spesso la capacità umana di provare empatia per gli ammalati, di accompagnarli con onestà e coraggio verso la guarigione, nella lotta contro la cronicità o alla fine della vita. [...] I pazienti si lamentano spesso: non si sentono ascoltati, trovano insensibilità dall’altra parte. Invece di essere seguiti da una guida fidata, sono sballottati da uno specialista e da un protocollo all’altro. Magari ricevono cure tecnicamente adeguate, ma sono abbandonati alla paura e alla sofferenza.³

Queste testimonianze ci ricordano che la pratica medica, benché saldamente ancorata al metodo scientifico, richiede la capacità di esercitare l’empatia e la compassione, se non vuole correre il rischio di disumanizzarsi progressivamente. È noto, del resto, che il cinismo nel quale talvolta (forse nel tentativo di proteggersi dal dolore) si rifugiano certi professionisti, nuoce a loro stessi non meno che ai loro pazienti: l’eccesso di distacco, infatti, rende impersonali gli uni e gli altri.

“ Cambiare approccio all’educazione dei colleghi più giovani costringendoli a subire per un giorno gli stessi esami clinici dei loro pazienti.

1 G. Groopman, *Anatomia della speranza*, Vita e Pensiero, Milano, 2006, pp. 36-37.

2 S. Bartoccioni, G. Bonadonna, F. Sartori, *Dall’altra parte. Tre grandi medici raccontano la loro malattia*, BUR, Milano, 2006.

3 R. Charon, *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, Cortina, Milano, 2019, p. 17.

“ La pratica medica, senza l’empatia e la compassione, corre il rischio di disumanizzarsi progressivamente.

Di questo pericolo sembra avvertirci il famoso dipinto *Ciència i caritat* di un giovanissimo Pablo Picasso, appena sedicenne, mentre lavorava al numero 4 del Carrer de la Plata, nel quartiere de La Ribera. L’opera, ancora aderente al realismo figurativo dell’accademia, venne premiata all’Esposizione delle Belle Arti di Madrid nel 1897. Il quadro notoriamente rappresenta una scena terapeutica: un medico e una religiosa sono ritratti al capezzale di una donna gravemente ammalata, l’uno nell’atto di misurarle le pulsazioni cardiache, l’altra mentre le porge un bicchier d’acqua tenendo tra le braccia il suo bambino. Se tra il medico e la paziente non sembra esserci alcuna comunicazione (nonostante il contatto fisico), l’attenzione della donna è rivolta interamente *dall’altra parte*: il suo sguardo cerca il figlio, la sua ragione di vita. È come se l’artista volesse richiamarci a una verità molto semplice che

tuttavia rischia di rimanere nell’ombra: che quella donna, ancorché ammalata, è ancora una madre.

Nessuna cura clinica, che non presti attenzione a questa dimensione esistenziale, può dirsi adeguata all’esperienza umana della malattia. Perché, come il compianto Eugenio Borgna ci ha insegnato, la malattia:

cambia il nostro modo di essere e di sentire, e dopo la malattia non siamo più gli stessi. Cambiamo noi, e cambia il mondo in cui siamo immersi; e allora, quando abbiamo a che fare con la malattia e con il dolore di una persona, se non vogliamo perdere i contatti umani ed emozionali con lei, non dobbiamo dimenticare mai le metamorfosi esistenziali che alla malattia e al dolore si accompagnano.⁴

Per questo il professor Viktor Frankl, il neurologo sopravvissuto ai campi di concentramento durante la Seconda Guerra Mondiale, ripeteva spesso che “*l’homo patiens* esige il *medicus humanus* [...] che si comporti non solo da medico ma anche da uomo”.⁵ E il famoso filosofo e psicopatologo Karl Ja-



Progettato da Freepik - www.freepik.com

4 E. Borgna, *La dignità ferita*, Feltrinelli, Milano, 2013, p. 68.

5 V. E. Frankl, *Logoterapia medicina dell’anima*, Gribaudi, Milano, 2001, p. 121.

spers così descriveva la progressiva tecnicizzazione della medicina:

Il malato vede se stesso in un mondo di apparecchiature che lo analizzano senza che egli comprenda il senso di procedure che passano sopra la sua testa. Si vede di fronte a medici nessuno dei quali è il *suo* medico. Anche il medico sembra allora diventato un tecnico.⁶

Si tratta, insomma, di non smarrire la propria umanità nel momento in cui si vestono i panni del terapeuta, perché la comunicazione con colui che soffre è possibile solo sulla base dell'umanità che ci accomuna. È proprio questa *condition humaine*, che medico e paziente condividono, il fondamento di ogni autentico gesto di cura: solo quando riconosciamo nell'altro la nostra stessa umanità, il suo dolore può raggiungerci come un appello al quale non possiamo esimerci dal rispondere. Ma questo riconoscimento non avviene sul piano di un freddo calcolo razionale, bensì su quello incandescente della nostra sensibilità affettiva.

Lo stesso termine *adfectus*, participio perfetto di *adficere*, indica che qualcosa ci raggiunge e ci colpisce imprimendosi in noi, per così dire, con diversi gradi di profondità e durata: ci sono cose (o eventi, o persone) che lasciano un'impronta persistente e altre che ci scivolano addosso senza lasciar traccia. A seconda della loro rilevanza – e della nostra recettività – le cose (o gli eventi, o le persone) producono in noi un cambiamento (una *e-mozione*, appunto) e, nel contempo, una reazione: *adfectus*, infatti, non vuol dire soltanto essere *colpito* da qualcosa, ma anche essere *disposto* verso qualcosa. La natura dei nostri sentimenti è

“ La competenza emotiva è decisiva per la qualità della cura, le emozioni permettono di non consegnare la medicina ad aride tecnologie diagnostiche.

esattamente questa: essi ci segnalano la rilevanza, il peso (il *valore*) delle cose che sperimentiamo (o degli eventi che ci accadono, o delle persone che incontriamo) e, insieme, ci dispongono ad agire nei loro confronti in un modo o in un altro.⁷

Si comprende, allora, come l'affettività e la capacità di provare emozioni sia alla base dell'etica della cura, come del resto hanno argomentato soprattutto pensatrici (donne, non a caso) come Carol Gilligan, Nel Noddings, Jean Watson o Rita Manning. Da questo punto di vista, la formazione iniziale e continua in medicina non può trascurare la competenza emotiva, in quanto rappresenta un requisito professionale indispensabile e un fattore decisivo della qualità della cura. Emozioni e sentimenti, insomma, non sono – come talvolta si crede – elementi perturbanti, disordinati o pericolosi; essi, al contrario, rappresentano la matrice di una cura adeguata alla dignità delle persone. Certo, come ogni competenza, anche quella emotiva, per svilupparsi, richiede di essere appresa e coltivata. Ma è l'unica chance che abbiamo per non consegnare la medicina esclusivamente “ad aride tecnologie conoscitive e diagnostiche alle quali sono del tutto estranee le ragioni del cuore”.⁸

6 K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina, Milano, 1991, p. 51.

7 Per approfondire la fenomenologia dell'affettività, si rinvia a D. Bruzzone, *La vita emotiva*, Scholé, Brescia, 2022.

8 E. Borgna, *op. cit.*, p. 43.

Comunicare nella medicina di famiglia è ancora una priorità?

Grazia Rinaldis

già Medico di Medicina Generale a Brescia, SIMG

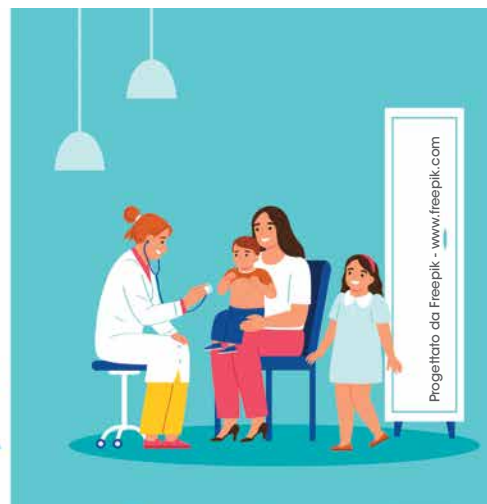
“Dottoressa lei è meglio di una medicina” è la frase che Fabio mi dice con un sorriso.

Non è necessario leggere trattati di psicologia o sulle tecniche di comunicazione per avere la conferma che per il medico e in particolare per il medico di famiglia è fondamentale mettersi in relazione con il paziente. Con questa affermazione non intendo sminuire l'importanza di una formazione universitaria e post-universitaria specifica che prepari il medico a sostenere una comunicazione efficace ed empatica ma mi preme sottolineare quanto sia evidente, anche solo nei racconti dei pazienti, il bisogno di essere accolti, compresi e supportati. Quando il verbo comunicare è usato senza complemento oggetto, significa essere in relazione verbale o scritta con qualcuno (*dal Vocabolario Treccani*).

Viviamo oggi in un contesto sociale in cui nessuno ha più tempo per la relazione, bisogna puntare all'organizzazione e all'efficienza e l'individuo è sempre più tecnologicamente fornito ma sempre più solo.

È vero che non è più pensabile per un medico di medicina generale non utilizzare una cartella informatica ma il computer non deve assolutamente allontanare lo sguardo del medico verso il paziente, uno sguardo che può cogliere qualcosa di non detto ma comunicato con un atteggiamento, un'espressione o una postura ... il cosiddetto “linguaggio non verbale”.

Possiamo avere tutti i mezzi di comunicazione del mondo, ma niente sostituisce lo sguardo dell'essere umano (Paulo Coelho).



Spesso il sintomo per il quale un paziente consulta il medico di famiglia è una richiesta di attenzione e ascolto per un disagio che non sa decodificare, se interrogassimo l'I.A. ci elencherebbe subito tutte le possibili patologie da prendere in considerazione ma non sarebbe in grado di valutare la storia e il vissuto di quel paziente che invece il medico ben conosce.

“Dr Google” consultato in autonomia può ingenerare ansia, disperazione o falsa tranquillità e spesso capita che il medico di famiglia riceva richieste di spiegazione o di conforto oppure scopra a distanza che il paziente ha sottovalutato la propria situazione e ha portato in ritardo a una diagnosi che poteva essere fatta in modo più accurato e prima. La visita, l'utilizzo degli strumenti di cui il Padre Eterno ci ha fornito, i cinque sensi, diventa momento fondamentale di relazione. Il corpo del paziente, libero da sovrastrutture, ci sta comunicando qualcosa e noi stiamo comunicando qualcosa a quel paziente.

Molte volte siamo chiamati a esprimere sospetti diagnostici o diagnosi anche infauste all'interessato e ai suoi famigliari o a ricevere da altri professionisti diagnosi che i pazienti ci chiedono di rendere comprensibili rispetto a un linguaggio troppo tecnico con il quale lo specialista le ha presentate. A questo riguardo è importantissimo documentarsi sulla patologia (conoscere e sapere), magari confrontandosi con il collega specialista, e dedicare al colloquio il tempo necessario rispettando i desideri e i bisogni del paziente. Non dimentichiamoci inoltre che in un mondo globalizzato la presenza di culture diverse può richiedere una conoscenza e un'attenzione che non si possono sottovalutare.

Le parole della cura sono parole difficili da pronunciare e possono potenziarla o comprometter-

“ Possiamo avere tutti i mezzi di comunicazione del mondo, ma niente sostituisce lo sguardo dell'essere umano.

la ma è da tener presente che dobbiamo utilizzare «*parole oneste*» come può essere saper dire «*non so*» che non è una risposta inutile se accompagnata dall'impegno a stare vicino al paziente (*Sandro Spinsanti*).

Il medico di medicina generale che abbiamo spesso chiamato medico di fiducia è la figura di riferimento che accompagna per 40 e più anni, che conosce la storia del paziente e che si trova spesso a ricevere e a custodire parole riservate, gioie e dolori, fallimenti che fanno sprofondare nello sconforto o successi che portano a toccare le stelle, progetti per il futuro non ancora attuati o preoccupazioni che non fanno dormire la notte.

Certamente oggi abbiamo strumenti e possibilità tecnologiche straordinari ma devono rimanere strumenti e non possono in nessun modo sostituire il potere di una cura basata su una metacomunicazione fatta di contenuto e di relazione.

“La medicina, in ultima analisi, rimane un atto di incontro tra due persone. L'intelligenza artificiale potrà anche processare i sintomi con velocità sovrumana ma non potrà mai stringere una mano né farsi carico del peso di una diagnosi guardando il malato negli occhi” (da *Avvenire*, padre Paolo Benanti – Presidente della Commissione Etica dell'Osservatorio sull'Intelligenza Artificiale del ministero, Professore Straordinario Facoltà di Teologia - Dipartimento di Teologia morale Pontificia Università Gregoriana).

Noi, la sua squadra

Comunicare con il bambino per dare senso al suo vissuto

Fabian Schumacher

Dirigente medico Oncoematologia pediatrica, Presidio Ospedale dei Bambini - ASST Spedali Civili di Brescia

Comunicare cattive notizie si riferisce a conversazioni che possono cambiare la visione futura del paziente (e della sua famiglia) in modo drastico.

Per questo motivo, la preparazione è essenziale.

Dobbiamo conoscere il paziente, di solito attraverso i genitori, ma anche con l'aiuto di altri operatori che lo conoscono già: l'età, non solo anagrafica, il suo background culturale e linguistico, la famiglia e altre persone e cose (animali vivi o peluche, hobby) per lui importanti. Dobbiamo conoscere la malattia in questione, i sintomi, gli esami necessari, le terapie con gli effetti collaterali, i tempi. Dobbiamo conoscere noi stessi, le nostre reazioni davanti alle forti emozioni che provochiamo: può aiutare mettersi per un momento nei panni del paziente per comprendere il suo stato d'animo e anticipare le sue domande.

Prepariamo il contesto: privacy e tempo a sufficienza (più giovane è il paziente meno dura il primo colloquio) senza interruzioni o distrazioni (anche per il bambino: meglio se non è a digiuno o in attesa di qualche procedura). Se ci sono più persone presenti, devono essere tutte concentrate sul momento e nessuno deve posizionarsi dietro al bambino o voltargli le spalle. Eventualmente portiamo immagini o fogli per fare un disegno, forse anche fazzoletti e qualcosa da bere qualora la gola si seccasse.

Siamo consapevoli che le parole sono solo una parte della comunicazione, il modo in cui ci poniamo, la voce che utilizziamo, tutta la nostra mimica ed i gesti sono anch'essi parte integrante del-

la conversazione. Vogliamo comunicare sincero interesse, attenzione, empatia, rispetto. Dobbiamo lasciare da parte lo stress, privato e lavorativo e concentrarci sulla persona e sulla sua situazione. Indossiamo una divisa o un camice pulito (che possiamo togliere se sembra facilitare il dialogo). Ci sediamo all'altezza del nostro paziente, faccia a faccia, e ci presentiamo. Ci rivolgiamo al paziente con il suo nome, lo stimoliamo con domande aper-



“ Comunicare cattive notizie significa cambiare la visione futura del paziente e della famiglia, quindi la preparazione è essenziale.

te per capire cosa sta vivendo e cosa sta pensando, perché è in Ospedale, come e quando i problemi sono iniziati. Osserviamo ed ascoltiamo attivamente e facciamo attenzione alle parole che usa per poi usarle nella nostra spiegazione cercando di dare un senso al suo vissuto. Così nelle spiegazioni usiamo un linguaggio chiaro e su misura, evitando – o almeno spiegando – il “*medichese*”. Possiamo utilizzare paragoni con il mondo reale del bambino per spiegare i processi che avvengono nel suo corpo. Oltre alle immagini evocate possiamo usare anche delle tavole o fare disegni per usare un ulteriore canale di comunicazione. Ci sono comunque alcune parole (come “*devi*” o “*colpa*”) che evitiamo di pronunciare, ma se vengono dalla bocca del bambino vanno contestualizzate.

Non bisogna avere paura dei silenzi, ci vuole tempo per comprendere ed assorbire le informazioni fornite. Anzi, prima di trasmettere dei messaggi chiave, una piccola pausa per assicurarci l’attenzione – o anche un avviso specifico, prima di parole pesanti, aiuta. Per verificare se siamo stati capiti possiamo fare domande concrete. Dobbiamo sempre valutare fino a che punto il bambino è pronto per andare avanti, anche a costo di continuare il percorso in un secondo momento. Ascoltiamo la volontà del minore, le sue priorità, e dove possibile le rispettiamo e diamo la possibilità di decidere a lui. Far firmare un consenso (che non ha valore legale) al bambino, sottolinea che lo consideriamo grande e lo responsabilizza.

È fondamentale che tutto quello che diciamo sia vero: solo con la verità si costruisce un rapporto di fiducia! Ciò non significa snocciolare sempre tutti gli scenari negativi possibili, tantomeno al primo colloquio, ma cercare una risposta a ogni doman-

da, possibilmente rassicurante, senza dare false garanzie né creare inutili allarmismi. Con i limiti della scienza e della nostra esperienza diamo adeguata speranza. Se invece la situazione lo richiede, possiamo anticipare possibili scenari complicati (“*what if*”), compreso il passaggio a una cura che mira alla convivenza con la malattia, privilegiando la qualità della sua vita. Non dimentichiamo di dare spazio ad altre domande e ricapitoliamo i messaggi chiave, offrendo altri colloqui, se desiderati anche a quattro occhi. Si cerca sempre di concludere con una nota positiva: può essere l’aver la diagnosi, un piano, l’inizio della cura e la certezza di essere nel posto giusto. In base all’età del bambino oggi è impossibile non menzionare internet sottolineando che Dott Google conosce forse la malattia, ma noi, la sua squadra, conosciamo anche il malato - e lo curiamo, sempre disponibili a discutere eventuali suggerimenti insieme!

“ Le parole sono solo una parte della comunicazione.

In Pediatria, la comunicazione riguarda sempre la triade: bambino, genitore/i, professionista. Soprattutto se abbiamo parlato solo con l’adolescente, può essere utile fare un recap tutti insieme, per correggere incomprensioni ed evitare segreti imbarazzanti. Se richiesto, segue la comunicazione ad altri membri della famiglia (fratelli, nonni) e naturalmente agli altri professionisti coinvolti nella cura. Nei limiti del possibile, il comunicatore rimane lo stesso durante il percorso di cura.

Per migliorare l’aspetto comunicativo della cura, ancora poco considerato durante gli studi in medicina, da due anni all’interno dell’Unità di Oncematologia Pediatrica dell’Ospedale dei Bambini del Civile, si tengono dei seminari teorici/pratici, che supportati dall’Associazione Bambino Empatico e con l’aiuto di psicologi ed attori professionisti adeguatamente preparati, permettono agli specializzandi di sperimentare in un ambiente sicuro questa importante parte dell’essere pediatri. ■

I diritti del minore e la pratica clinica

Mauro Ricca

Medico di Direzione Sanitaria, Autorità Garante per i diritti dell'Infanzia e Adolescenza (AGIA) del Comune di Brescia

Parlare del rapporto medico paziente nei riguardi dei minori è fare riferimento alla Convenzione dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

La Convenzione sui Diritti dei Minori è stata riconosciuta attraverso un percorso lungo le cui tappe ripercorrono un periodo storico a partire dal 1919 con la Convenzione sull'età minima, come primo strumento a tutela dei diritti dell'infanzia, fino al 20 novembre 1989 con la **Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza** anche detta Convenzione di New York-*Convention on the Rights of the Child*, ratificata in Italia il 27 maggio 1991 con la legge n. 176. Ad oggi ne fanno parte 196 Stati.

Cosa viene inteso per *Child*?

Si intende parlare di bambini e adolescenti, ovvero individui di età inferiore a 18 anni *il cui interesse deve essere tenuto in primaria considerazione in ogni circostanza*.

In italiano, piuttosto che con "fanciullo", si è preferito tradurre il termine "child" con "infanzia e adolescenza" poiché la Convenzione riguarda tutte le persone di minore età (da zero a diciotto anni).

Quattro sono i principi fondamentali da tutelare:

- **Non discriminazione** (art. 2): i diritti sanciti dalla Convenzione devono essere garantiti a tutti i minorenni, senza distinzione di razza, sesso, lingua, religione, opinione del bambino/adolescente o dei genitori.
- **Superiore interesse** (art. 3): in ogni legge, provvedimento, iniziativa pubblica o privata e in ogni situazione problematica, l'interesse del bambino/adolescente deve avere la priorità.
- **Diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo del bambino e dell'adolescente**

(art. 6): gli Stati devono impegnare il massimo delle risorse disponibili per tutelare la vita e il sano sviluppo dei bambini, anche tramite la cooperazione internazionale.

- **Ascolto delle opinioni del minore** (art. 12): prevede il diritto dei bambini a essere ascoltati in tutti i processi decisionali che li riguardano, e il corrispondente dovere, per gli adulti, di tenerne in adeguata considerazione le opinioni. Il rapporto medico-paziente pediatrico si è evolu-

“ Il bambino non è più un oggetto di cure ma un soggetto di diritti.



Yevheniya - stock.adobe.com



to da un modello “paternalistico” a uno partecipativo, dove il bambino non è più un oggetto di cure ma un **soggetto di diritti**.

I pilastri del rapporto con il piccolo paziente, facendo certamente riferimento alla Convenzione ONU, si basano sul **coinvolgimento di tre attori** (medico, genitori e il minore), sul **superiore interesse** del minore che si sostanzia nel fatto che ogni decisione clinica deve avere come prioritario interesse il benessere psicofisico del bambino nel contesto del caso specifico, sul **diritto all’ascolto** per il quale il minore ha diritto ad esprimere la propria opinione su tutto ciò che riguarda la sua salute, ovviamente rapportato alla sua età e maturità.

Nel 2008 Fondazione ABIO Italia, in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria, redige la **Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale**. Il documento riprende la **Convenzione Internazionale sui Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza** del 1989 e si ispira alla **Carta di EACH** del 1988.

“ Integrare il diritto all’ascolto e la partecipazione del minore nel percorso terapeutico è uno strumento clinico fondamentale per il benessere globale del piccolo paziente.

La Carta di EACH (*European Association for Children in Hospital*), redatta a Leida nel 1988 e formalizzata nel 1993, definisce in 10 punti i diritti fondamentali dei bambini in ospedale. Sottolinea l’importanza di ricoveri mirati, la presenza costante dei genitori, il diritto al gioco, l’informazione adeguata e l’assistenza da parte di personale specializzato.

Ecco i 10 punti chiave della Carta di EACH:

- **Ricovero solo se necessario:** Il bambino deve essere ricoverato in ospedale solo se le cure necessarie non possono essere prestate a casa, a livello ambulatoriale o in *day-hospital*.
- **Presenza dei genitori:** I bambini hanno il diritto di avere i genitori o un sostituto accanto a sé 24 ore su 24, e questi ultimi devono essere facilitati nel restare, senza costi aggiuntivi.
- **Ambiente idoneo:** L’ospedale deve essere attrezzato per soddisfare le esigenze fisiche, emotive e psichiche dei bambini, con personale preparato e spazi dedicati a gioco e studio.
- **Non discriminazione:** I diritti si applicano a tutti i bambini, indipendentemente da età, malattia, *background* o nazionalità.
- **Informazione e consenso:** Bambini e genitori devono essere informati in modo appropriato sulla loro condizione e coinvolti nelle decisioni.
- **Evitare traumi:** Il personale deve ridurre al minimo lo stress fisico e psichico del bambino.
- **Equipe specializzata:** L’assistenza deve essere fornita da personale qualificato.
- **Continuità dell’assistenza:** Deve essere garantita la continuità tra i membri dell’equipe medica.

- **Rispetto dell'intimità:** Il bambino deve essere trattato con tatto.
- **Reparti pediatrici:** I bambini non devono essere ricoverati in reparti per adulti.

La Carta Dei Diritti Dei Bambini e Degli Adolescenti in Ospedale del 2008 riprende sia i principi fondamentali della Convenzione ONU, sia le dichiarazioni della Carta di EACH.

In particolare sono da citare quattro articoli:

Articolo 6 I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad avere a loro disposizione figure specializzate (pediatri, infermieri pediatrici, psicologi, mediatori culturali, assistenti sociali, volontari) in grado di creare una rete assistenziale che risponda alle necessità fisiche, emotive e psichiche loro e della loro famiglia.

Articolo 7 I bambini e gli adolescenti devono avere quotidianamente possibilità di gioco, ricreazione e studio – adatte alla loro età, sesso, cultura e condizioni di salute – in ambiente adeguatamente strutturato ed arredato e devono essere assistiti da personale specificatamente formato per accoglierli e prendersi cura di loro.

Articolo 8 I bambini e gli adolescenti devono essere trattati con tatto e comprensione e la loro intimità deve essere rispettata in ogni momento. A bambini e adolescenti devono essere garantiti il diritto alla privacy e la protezione dall'esposizione fisica e da situazioni umilianti, in relazione all'età, alla cultura e al credo religioso loro e della loro famiglia.

Articolo 9 I bambini e gli adolescenti – e i loro genitori – hanno diritto ad essere informati riguardo la diagnosi e adeguatamente coinvolti nelle decisioni relative alle terapie. Le informazioni ai bambini e agli adolescenti, specie quando riguardano indagini diagnostiche invasive, devono essere date quan-

do possibile in presenza di un genitore e in modo adeguato alla loro età, capacità di comprensione e sensibilità manifestata.

L'adesione ai principi della Convenzione ONU, di EACH e della Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale non rappresenta solo un adempimento normativo, ma l'essenza stessa della clinica in pediatria.

Integrare il diritto all'ascolto e la partecipazione del minore nel percorso terapeutico *non è un atto di concessione, ma uno strumento clinico fondamentale per costruire quell'alleanza terapeutica necessaria a garantire non solo la guarigione, ma il benessere globale del piccolo paziente.*

Le evidenze scientifiche e le cornici legali fornite da ONU, EACH e dalla Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale convergono verso un unico punto: la salute del bambino è inscindibile dai suoi diritti.

“ I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad essere informati riguardo la diagnosi e coinvolti nelle decisioni relative alle terapie.

Come professionisti della salute, siamo chiamati a essere i primi garanti di questi diritti, trasformando ogni atto medico in un momento di rispetto per la dignità umana, affinché l'ospedale non sia mai un luogo di sospensione dei diritti, ma il luogo della loro massima espressione, dove è fondamentale comprendere le esigenze del minore, il suo stato emotivo, le sue paure, dove il bambino è accolto in un luogo nel quale possa continuare ad esprimersi e ad essere ascoltato. ■

Le trame di una lunga storia

Comunicare con la persona anziana

Stefano Boffelli

Unità Semplice di Neurogeriatria, Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero; Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Introduzione

La vita è quello che ricordiamo per poterlo raccontare, racconta Gabriel Garcia Marquez. E diventa ancora più vero quando ci si ammala: la malattia è ciò che vive e racconta la persona, non soltanto segni e sintomi. Ogni condizione ha la sua storia: narrarla può essere terapeutico, ascoltarla significa passare dal semplice “curare” al più completo “prendersi cura” (Meli, 2015). L’ascolto è la prima parte della comunicazione: il rapporto fra medico e paziente, strumento potente e sottovalutato, vie-

ne spesso raccolto in frasi veloci, nel colloquio che dura qualche minuto. Chi soffre, però, ha voglia di parlare, di avere una relazione vera con chi lo cura (Ruberton, 2016). Se non accade, il malessere diventa più grande e non a caso molte persone non comprendono i percorsi di cura, la utilità dei farmaci e dei comportamenti virtuosi alimentari e funzionali: ne consegue una minore aderenza alla cura, e una più elevata probabilità di recidive, perdita funzionale, aggravamento clinico e psicologico (Pruitt, 2025).

Comunicazione binaria

La vera cura passa dal coinvolgimento diretto e attivo della persona. Metterla al centro, ascoltarla per sapere che cosa pensa e come si sente davvero, aiuta a creare percorsi di cura condivisi. Una procedura *time-consuming* ma *efficient and effective*. L’importanza, per le persone anziane, è di essere considerati una persona da ascoltare e guidare: non a caso, spesso si sente dire che il medico “mi ha dato soddisfazione” quando la persona viene visitata, ascoltata, e riceve spiegazioni su dia-

“ Ogni condizione ha la sua storia: narrarla può essere terapeutico, ascoltarla significa prendersi cura.



Immagine generata con IA

gnosi, procedure e cure. Nella comunicazione, se si vuole essere efficaci, oltre all'ascolto silenzioso e lungo (il medico interrompe il suo paziente dopo 45 secondi, in media), va ricordato che l'interazione dipende anche dal grado di integrità sensoriale (i deficit acustici possono interferire).

La persona anziana, fra caregiver e professionisti della salute

Ascoltare, spiegare, rispondere: tre verbi che definiscono la qualità del legame tra chi cura e chi è curato (Hailu, 2024). E il ruolo dei caregiver è fondamentale, di mediazione e di spiegazione: l'interazione coi caregiver, spesso più giovani, deve essere inclusiva, poiché rafforzano il senso di protezione e cura (Fauziana, 2018). La "semplice" comunicazione della terapia domiciliare, alla dimissione dall'ospedale, rischia di diventare un capitolombolo incommunicativo, a meno che il caregiver sia presente e interattivo. Il Dottore dimette con *l'elenco delle medicine su carta con scritte in corsivo piccolo e gli orari a seguire* (per esempio, ansiex 1+1 cp ore 8-20, vitamin 1 cp ore 20: ordinato ed elegante). Invece, la persona anziana al domicilio ragiona, per praticità e per aderenza alla cura, *ad orari e su carta con scritte in stampatello e in grande* (MEDICINE COLAZIONE: ANSIEX 1 C. MEDICINE CENA: VITAMIN 1 CP, ANSIEX 1 CP). Errori comunicativi da cattiva interpretazione dello scritto, in tal senso, determinano importanti conseguenze sulla salute (cadute, re-ricoveri, delirium).

La comunicazione nella demenza

La persona che presenta un grado di decadimento cognitivo è in grado di ascoltare, parlare e comunicare, nonostante i suoi problemi di espressione e comprensione: il medico deve però usare una comunicazione efficace, con messaggi verbali e non-verbali. La persona con demenza conserva a lungo, anche nelle fasi più avanzate della malattia, le matrici affettive, le potenzialità espressive del registro emotivo. Mantenere la relazione e la comunicazione equivale a trasmettere sentimenti di sicurezza, di affidabilità, che risultano determinanti nell'influenzare l'evoluzione e le caratteristiche del decorso clinico (Cristini, 2012). La stessa attenzione va prestata anche alle comunicazioni con i familiari del malato anziano, in quanto anch'essi richiedono frequentemente un sostegno specifico e strutturato nel tempo (Siviero e Boffelli, 2026).

Conclusioni: la comunicazione "riabilitativa"

La comunicazione può anche avere anche un aspetto "riabilitativo", rivolto a mantenere la funzione at-

“ La vera cura passa dal coinvolgimento diretto e attivo della persona.

traverso molteplici modalità (parlata, scritta, non verbale) per affrontare la vita quotidiana. Include la capacità di richiedere assistenza, esprimere opinioni, mostrare affetto, indicare preferenze e rispondere, con o senza supporto. Gli obiettivi della comunicazione funzionale non mirano alla perfezione grammaticale o di parole: piuttosto, enfatizzano la capacità di comunicare efficacemente nella vita reale. Non si tratta di usare strumenti di ultima generazione (IA, web, mail, social): la comunicazione con la persona anziana vive, almeno per ora, di modalità che considerano il suo percorso esistenziale (personalità, scolarità, attività lavorativa, vita familiare e sociale), le condizioni attuali di vita (a domicilio o in struttura protetta) e di salute (fisica e/o mentale), i sentimenti, le sue speranze.

Bibliografia e sitografia

- Cristini C, et al. Comunicare con l'anziano. Franco Angeli Ed, 2012.
- Fauziana R, et al. Positive caregiving characteristics as a mediator of caregiving burden and satisfaction with life in caregivers of older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2018 Sep 27;31(6):329–335.
- Hailu GN, Abdelkader M, Asfaw F, Meles HA. Exploring the knowledge and skills for effective family caregiving in elderly home care: a qualitative study. *BMC Geriatr.* 2024 Apr 15;24(1):342.
- Meli E. La medicina «narrativa» cura meglio: il malato vuole essere ascoltato. *Corriere della Sera Salute*, 2015.
- Pruitt SD, et al. The silent epidemic of non-adherence – insights from the 2024 a: care congress. *BMC Proc.* 2025 May 22;19(Suppl 10):13.
- Ruberton PM, et al. The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health. *Patient Educ Couns.* 2016 Jul;99(7):1138-1145. doi: 10.1016/j.pec.2016.01.012. Epub 2016 Jan 21.
- Siviero P, Boffelli S, Trabucchi, M, Maggi, S, et al. (2026). Alzheimer Café: A pilot study in Italy. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 39(1), 47–58.
- World Alzheimer Report – 2025, ADIS International.
- <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2025.pdf>.

Parole che curano, mondi che si incontrano

L'arte della comunicazione interculturale

Maria Elisa Alessi

Medica di Medicina Generale a Brescia, vicesegretaria SIMG Regione Lombardia

Una sfida quotidiana per operatori e operatrici sanitarie è rappresentata dalla comunicazione “difficile” per eccellenza: quella con barriera linguistica, con persone che appartengono a mondi culturali poco conosciuti, talvolta difficili da decifrare. È un vero e proprio campo minato: quanti di noi, almeno una volta, hanno trovato più semplice non parlare, affidarsi a un intermediario, intuire i non detti, interpretare quadri clinici e vissuti con il cosiddetto “pensiero veloce”?

Da qui nasce una riflessione: stiamo davvero rispettando i diritti fondamentali della persona con cui ci relazioniamo? Stiamo ascoltando i suoi bisogni, le sue aspettative, i suoi voleri?

In una delle mie prime esperienze lavorative ho prestato servizio come medica in una clinica mobile: un camper attrezzato che settimanalmente visitava decine di persone che vivevano in occupazioni abusive, campi rom, insediamenti spontanei o dormitori di associazioni. Persone marginalizzate, inserite in contesti sociali fragili e vulnerabili. La prima lezione appresa dalla clinica mobile è che a casa di qualcun altro si entra presentandosi. Una figura di riferimento preparava la comunità al nostro arrivo con alcuni incontri preliminari, focalizzati attorno a una domanda semplice: “Tu chi sei?”.

Immaginate di trovarvi in un paese straniero, in



condizioni di estrema fragilità, senza una rete di supporto locale. La prima cosa che vorreste capire è se potete fidarvi della persona che avete davanti, se è dalla vostra parte. La relazione nasce da lì. La relazione interculturale ha bisogno anche di riti e convenevoli. Si fonda su una fiducia che va costruita e talvolta conquistata. Non è automatica, spesso richiede tempo. È legata a percorsi migratori complessi, sovente segnati da violenze fisiche e psicologiche. Indagare il viaggio, soprattutto nelle persone arrivate da poco o in transito, può rivelare molto su bisogni, aspettative e possibilità reali. Aiuta a orientare la presa in carico, definire priorità e obiettivi.

In questo contesto può accadere che la figura del medico non venga immediatamente riconosciuta. In alcune popolazioni africane, delle pratiche della medicina occidentale sono guardate con sospetto, anche a causa di passate esperienze colonialiste e approcci percepiti come prevaricanti.

Allo stesso modo, alcune terapie possono essere vissute come incompatibili con valori culturali o sociali. Nella mia esperienza ho visto rifiutare trattamenti chemioterapici salvavita per non perdere il ruolo sociale nella famiglia di origine dove gli uomini hanno una rilevanza nella loro società in quanto padri. Meglio accettare il rischio di morire che la certezza di perdere la fertilità.

Queste situazioni ci ricordano quanto sia pretestuoso pensare di conoscere davvero la persona che abbiamo di fronte. Possiamo permetterci di interpretarne i desideri attraverso il filtro della nostra cultura?

Talvolta nella relazione interculturale è necessario fare un passo indietro e non imporre la propria visione. Una sfida non semplice per una società abituata a correre verso l'obiettivo. Può essere utile esplicitare il proprio punto di vista: la mia interpretazione nasce dalle mie conoscenze e dalla mia cultura. Posso offrirvi aiuto secondo queste possibilità; se lo accetti, dammi lo spazio per metterle in pratica. Anche questo è costruire una relazione: rendere chiaro il fine.

C'è poi il tema della salute mentale. Molte persone, soprattutto di genere femminile, presentano depressione, disturbo da stress post-traumatico o ansia, che si manifestano spesso con sintomi fisici: dolori cronici, disturbi intestinali, insonnia, astenia cronica. Ne derivano accessi ripetuti dal medico, ma raramente questi vissuti vengono raccontati apertamente, per pudore o diffidenza. Dobbiamo però riconoscere che esistono, nelle

“ La relazione interculturale ha bisogno anche di riti e convenevoli. Si fonda su una fiducia che va costruita e talvolta conquistata.

parole non dette o nei sintomi. La relazione interculturale significa anche aprire nuovi scenari: trasmettere consapevolezza, offrire riferimenti culturali per l'emancipazione delle donne, garantire diritti come la salute riproduttiva, la contraccezione, la cura. Significa esserci quando è il momento di sostenere una denuncia o accompagnare una donna nel percorso verso l'autonomia. In questo senso la relazione medico-paziente diventa anche uno spazio di integrazione e un primo presidio di democrazia e accoglienza.

Per tutto questo in contesti complessi la multidisciplinarietà è fondamentale. Le condizioni di fragilità richiedono un approccio condiviso.

Sul territorio è possibile collaborare con associazioni di volontariato come Emergency, che svolgono un ruolo prezioso di mediazione culturale e accompagnamento ai servizi sanitari, offrendo supporto nelle pratiche mediche di base e nell'assistenza sociosanitaria, in collaborazione con servizi sociali, medici di medicina generale e operatori sanitari.

Sarebbe inoltre importante sviluppare servizi di etnopsicologia, possibilmente con professioniste provenienti dalle comunità di origine, per affrontare in modo adeguato questa dimensione della salute. Rafforzare la mediazione culturale e facilitare l'accesso all'assistenza di base, anche attraverso materiali informativi e punti di ascolto nelle strutture sanitarie territoriali, negli ambulatori di Medicina Generale e Case della Comunità, potrebbe aumentare fiducia e accessibilità al sistema sanitario.

Concludo quindi con un augurio: mettersi in una posizione di ascolto, umile e silenziosa e ricordare che, oltre la barriera linguistica, c'è una persona con la sua storia e il suo viaggio. Quando vi troverete davanti a una persona straniera, provate a rivolgervi direttamente a lei: nella vostra lingua, in inglese, con o senza un mediatore, magari con l'aiuto di un traduttore automatico. Mettere al centro la persona significa dire "io ti vedo", in ogni lingua del mondo. E a volte basta questo per trasformare una relazione difficile.

Comunicazione, tecnologia e salute mentale

Sfide e opportunità di integrazioni necessarie

Giovanni Battista Tura

Specialista in Psichiatria, psicoterapeuta, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Nella relazione con la persona con disturbo psichico, la comunicazione ne rappresenta l'asse portante, come strumento diretto di intervento terapeutico e, al tempo stesso, fondamento imprescindibile

della relazione stessa. In psichiatria, il colloquio non è soltanto uno strumento diagnostico: è già, in sé stesso, un atto terapeutico. La qualità di quell'incontro orienta spesso l'esito dell'intervento, e la narrazione di sé è elemento fondamentale come chiave bidirezionale di accesso al mondo intrapsichico della persona.

Comunicazione non intesa solo nella sua declinazione verbale — che costituisce solo il 7-8% dell'intero processo comunicativo — ma in tutta la sua complessità espressiva: il linguaggio del corpo, le espressioni facciali, la prossemica, il paralinguaggio, le suggestioni ambientali. Questa dimensione plurale vale tanto nei *setting* terapeutici formali quanto nelle diverse e multiformi modalità di interazione informale e ordinaria, contesti in cui il ruolo della comunicazione — nelle sue forme prima ancora che nei suoi contenuti — rimane

“ Nella relazione con la persona con disturbo psichico, la comunicazione è un atto terapeutico.



centrale e determinante.

Del resto, in qualsiasi esperienza comunicativa, anche al di fuori del contesto clinico psichiatrico specifico, il «come» non è meno significativo del «cosa»: l'attenzione alle modalità con cui avviene la comunicazione è parte fondamentale di quella specifica esperienza relazionale, tanto quanto l'attenzione ai contenuti che ci si scambia.

La dinamica comunicativa, nella sua bidirezionalità, è dunque uno dei più efficaci strumenti terapeutici e interattivi. Laddove l'interlocutore della persona con disturbo, sia esso operatore sanitario o meno, sappia attivare ascolto attivo, validazioni ed empatia, la comunicazione diventa vera e propria pratica terapeutica. Una solida capacità comunicativa è dunque parte fondamentale del repertorio del terapeuta e di ogni operatore sanitario, da coltivare se attitudine personale o su cui formarsi con costanza e consapevolezza.

Per questo, in ambito di salute mentale si è sempre posta particolare attenzione al *setting* in cui l'interazione avviene, fino a farne l'elemento più iconico della rappresentazione della psichiatria, anche in ambito letterario e cinematografico. I cambiamenti del *setting* — o meglio dei diversi *setting* possibili — dicono già molto del modello di intervento sotteso e narrano come la relazione terapeutica sia mutata nel tempo.

In questa sequenza evolutiva, la tecnologia nelle sue attuali espressioni ha generato uno dei cambiamenti più significativi e dirompenti. Oggi parte fondamentale di questi *setting* — in parte reali, in parte virtuali — è costituita da schermi, *devices*, cellulari e applicazioni: un cambiamento che non riguarda solo le modalità operative, ma investe profondamente il significato stesso della relazione terapeutica.

La persona con disturbo psichico e la tecnologia

Sfatando un luogo comune stigmatizzante, la letteratura specifica e soprattutto l'esperienza diretta mostrano con evidenza come nel mondo del disagio psichico la capacità di fruizione e utilizzo della tecnologia sia ampiamente valida e diffusa. I pazienti entrano in questi nuovi *setting* con familiarità e buona padronanza del linguaggio digitale. A questi *setting* virtuali vanno decisamente riconosciute potenzialità concrete e funzionali: riduzione delle distanze, continuità terapeutica per persone temporaneamente lontane, ottimizzazione dei tempi, abbattimento di barriere logistiche e psichiche. La telepsichiatria ha aperto possibilità di ac-

“ In psichiatria la tecnologia può sostenere ampiamente la narrazione e il dialogo bidirezionale.

cesso alle cure impensabili fino a pochi anni fa, raggiungendo persone con gravi difficoltà di mobilità, assenza di *caregiver*, residenza lontana dal luogo di cura o difficoltà psichiche di interazione diretta. Le piattaforme digitali e le app di monitoraggio clinico possono integrare le cure convenzionali, migliorare l'aderenza terapeutica e monitorare un'ampia gamma di variabili cliniche. La tecnologia è inoltre strumento privilegiato per costruire *setting* adeguati ai pazienti giovani, necessità, questa, sempre più centrale nel panorama della salute mentale contemporanea.

Diversamente da altre discipline mediche, in psichiatria la tecnologia può sostenere ampiamente l'azione centrale, cioè la narrazione e il dialogo bidirezionale. È altrettanto evidente, tuttavia, come i *setting* virtuali e gli strumenti di mediazione tecnologica non possano essere sostituiti — assoluti né relativi — della tradizionale interazione in presenza, proprio per il valore irrinunciabile della comunicazione non verbale e della molteplicità di suggestioni che solo la relazione diretta sa generare.

Le sfide dell'integrazione: tecnologia e umanesimo

La sfida è ad ampio raggio. Per la tecnologia, che deve tenere come criterio reggente non solo l'efficienza di tempi e spazi, ma anche la qualità dell'azione, tendendo verso soluzioni capaci di riprodurre le infinite sfumature della comunicazione tradizionale. Per gli operatori, chiamati a trasferire nel virtuale le dinamiche terapeutiche dell'ascolto attivo e interattivo. Per gli utenti, chiamati a un uso mirato, definito e funzionale: la tecnologia può "facilitare", ma non deve generare aspettative disfunzionali (su tutte, la crescente pretesa di una linea diretta continua con il curante senza limiti di tempo e spazio, o di affidare a messaggistica sintetica la gestione di contenuti clinicamente complessi — con tutte le implicazioni deontologiche e legali che ne derivano).

La complessità non si può semplificare: si deve interpretare. Un'armonica integrazione tra umanesimo e tecnologia, tra tradizione e contemporaneità, non può che diventare una delle priorità informative, formative, educative e operative in tema di salute mentale — trasversalmente a tutti i suoi attori: pazienti, operatori, società. ■

La parola difficile

Comunicazione e prognosi infausta

Cosimo Chelazzi

Professore Associato di Medicina Palliativa, Università di Brescia, Direttore SC Cure Palliative e ADI, ASST Spedali Civili di Brescia, co-direttore scientifico della Rivista Italiana di Cure Palliative

La comunicazione di una notizia clinica a elevato impatto emotivo o di una prognosi infausta è uno degli atti clinici di maggiore complessità nella medicina moderna. Non si tratta di un evento eccezionale: avviene quotidianamente, nei reparti oncologici e non oncologici, nei reparti per acuti, in pronto soccorso e al domicilio.

La tradizione europea e anglosassone è orientata verso un modello di “full disclosure” di queste notizie cliniche: la verità, comunicata al paziente e alle sue persone di riferimento, è essa stessa considerata una forma di cura. I rischi della non-divulgazione sono infatti rilevanti e documentati. Tra

“ Dire la verità non toglie la speranza: la reindirizza verso ciò che è ancora possibile.

questi, la possibilità che il paziente venga a conoscenza della propria condizione attraverso canali non protetti o possa perdere la possibilità di partecipare alle decisioni cliniche e di pianificare il tempo residuo secondo i propri valori. Tuttavia, la comunicazione delle notizie a prognosi infausta non è sempre agevole.



In alcuni contesti culturali la famiglia assume ancora un ruolo di mediazione consolidato, e la divulgazione diretta potrebbe essere percepita come inappropriata o dannosa. Esistono anche delle situazioni, come emergenze, compromissione cognitiva e rifiuto esplicito, che richiedono approcci differenziati e personalizzati.

Un equivoco ricorrente associa la comunicazione della verità prognostica alla perdita della speranza. La ricerca clinica descrive però la speranza come meccanismo dinamico di adattamento alla condizione clinica limitante la vita: può riguardare la qualità del tempo che rimane, la ricomposizione delle relazioni, il completamento di qualcosa di significativo, e la pianificazione di una morte dignitosa. I medici che comunicano con empatia e competenza sostengono più efficacemente questo processo di adattamento rispetto a chi ricorre all'evasione o alle rassicurazioni generiche. La negazione del paziente, inoltre, non va forzata né assecondata: va accolta e compresa come fase del processo adattativo, che la relazione terapeutica deve accompagnare con pazienza e gradualità. Dire la verità non toglie la speranza: la reindirizza verso ciò che è ancora possibile.


Comprendere perché la comunicazione delle notizie a prognosi infausta sia così difficile richiede di guardare alla cultura in cui la medicina occidentale si è formata. Il modello prevalente è tecnico e interventistico: il successo clinico si misura sulla diagnosi corretta, sulla terapia efficace, sulla guarigione. In questo paradigma la morte rimane un fallimento, e il medico che non può più guarire si trova in una posizione culturalmente scomoda. Comunicare una prognosi infausta significa esporsi a quella frontiera dove l'azione tecnica lascia il posto alla relazione, e molti professionisti non vi sono stati preparati. La comunicazione di notizie cliniche difficili occupa tutt'ora uno spazio marginale nei percorsi universitari, e molti si trovano ad affrontarla senza averla mai esercitata in contesti protetti. Ne può derivare una comunicazione improvvisata o gravata da aspetti come il ritardo, l'eufemismo, la delega, che implicano tutti un rischio per la qualità della relazione di cura e aprono alla possibilità di incomprensioni e contenziosi.

L'erosione progressiva della capacità empatica per effetto dell'esposizione cumulativa alla sofferenza, "*compassion fatigue*", può ulteriormente ridurre la qualità delle conversazioni difficili proprio in chi le affronta più frequentemente. Il nesso è di-

retto: un professionista emotivamente esausto tende a ridurre queste conversazioni, a delegarle o abbreviarle, alimentando un circolo in cui la cattiva comunicazione produce più stress e più stress produce comunicazione peggiore.

La letteratura ha elaborato alcuni strumenti per rendere la comunicazione prognostica più strutturata e meno esposta all'improvvisazione. Il protocollo SPIKES, ad esempio, è articolato in sei fasi sequenziali — dall'allestimento del contesto alla risposta alle emozioni del paziente — e rimane il più diffuso. Il suo uso è associato al miglioramento delle competenze comunicative, anche se i suoi effetti clinici sono difficili da misurare. Questo può dipendere dal fatto che esso costituisce uno schema di riferimento ma non risolve tutti i problemi. La comunicazione prognostica dipende non solo dal *come* ma anche dal *quando*, e anticipare la notizia rispetto alla disponibilità emotiva del paziente può risultare controproducente, esattamente come procrastinare la comunicazione al momento in cui le opzioni terapeutiche si siano esaurite. Inoltre, condividere l'incertezza prognostica, se reale, migliora la comprensione e riduce l'ansia rispetto a un singolo dato statistico. Un ulteriore strumento utile è la presenza di un medico palliativista a fianco dello specialista curante nelle conversazioni difficili con il paziente e i familiari: questo facilita la comunicazione di notizie a cattiva prognosi o elevato impatto emotivo, riduce i conflitti decisionali e migliora la soddisfazione del paziente e dei familiari, anche in contesti di medicina acuta. Protocolli di comunicazione e supporto specialistico sono risorse complementari: offrono orientamento nell'incertezza e creano uno spazio strutturato in cui l'emozione ha posto senza che la conversazione perda direzione.

 **Comunicare bene significa curare.**

La comunicazione di una prognosi infausta non è quindi riducibile né a una questione di sensibilità personale, né a una sequenza di passaggi tecnici. È un atto clinico che richiede una cultura professionale specifica. Comunicare bene significa curare: contribuisce all'adattamento del paziente alle condizioni cliniche gravi o limitanti la vita, ne orienta le decisioni, sostiene la fiducia nella relazione e riduce il rischio di ostinazione di cura nelle fasi finali. Estendere questa competenza ai *setting* in cui è più carente è una priorità concreta per migliorare la qualità assistenziale. 

Le parole che restano

Comunicazione, autodeterminazione e cura nel fine vita

Ines Testoni

Professoressa ordinaria di Psicologia sociale,

Direttrice del Master in Death Studies & The End of Life – Università di Padova

La *Lancet Commission on the Value of Death* ha recentemente evidenziato come i sistemi sanitari contemporanei, pur fondandosi sul principio della cura, risultino profondamente impreparati ad affrontare la morte e il morire come dimensioni costitutive dell'esperienza umana. La Commissione denuncia una progressiva rimozione della morte dal discorso pubblico e sanitario, accompagnata da una formazione medica che dedica uno spazio estremamente limitato alle competenze psicologiche, relazionali e comunicative necessarie per accompagnare le persone nella gestione di patologie ad esito potenzialmente infausto e nel fine vi-

ta. In questo contesto, la relazione con la morte viene spesso delegata alla gestione tecnica o giuridica, mentre resta marginale l'attenzione alla di-

“ I sistemi sanitari contemporanei sono impreparati ad affrontare la morte come dimensione costitutiva dell'esperienza umana.

“ L'ultimo compito evolutivo che precede la fine della vita rischia di essere affrontato più come un problema da gestire che come un'esperienza umana complessa.

mensione simbolica, emotiva ed esistenziale del morire. Tale impoverimento del linguaggio e della preparazione relazionale rende difficile, per medici e pazienti, trovare parole capaci di allestire un dialogo che sappia nominare il limite e la perdita. Ne deriva il rischio che l'ultimo compito evolutivo che precede la fine della vita venga affrontato più come un problema da gestire che come un'esperienza umana complessa, la quale richiede ascolto, comunicazione e una presenza qualificata per potersi svolgere nel rispetto più autentico della dignità della persona.

Il quadro normativo italiano offre strumenti importanti per sostenere questa prospettiva. La legge 38/2010 sancisce il diritto all'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, promuovendo una presa in carico globale della persona che include le dimensioni fisiche, psicologiche, sociali e spirituali della sofferenza. Tuttavia, la piena traduzione di questi principi nella pratica clinica non risulta ancora omogenea, anche a causa di una formazione diseguale tra le diverse aree della medicina. In particolare, il passaggio dalle cure attive alle cure palliative continua a rappresentare un nodo critico, per il quale non sono ancora stati consolidati modelli condivisi di gestione clinica, comunicativa e relazionale. La legge 219/2017, dal canto suo, riconosce il valore dell'autodeterminazione attraverso il consenso informato e la pianificazione condivisa delle cure, intesa non come atto burocratico, ma come processo dialogico e continuativo tra medico, paziente e familiari. In entrambe le leggi, la comunicazione emerge come elemento strutturale della cura e come condizione necessaria per un accompagnamento empatico e responsabile. In questo orizzonte la comunicazione non rappresenta una competenza accessoria, ma un vero e proprio atto terapeutico, dove la relazione di cura si dispone come luogo in cui la persona è riconosciuta come tale e non ridotta alla sua patologia o alla sua prognosi.

La sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019 si colloca coerentemente in questo solco, introducendo una soglia di non punibilità in relazione al suicidio medicalmente assistito, limitato a casi estremi e rigorosamente circoscritti. La Corte ribadisce la centralità della presa in carico palliativa, sottolineando come la risposta alla sofferenza non possa essere ridotta a una soluzione di morte. In questa prospettiva, il riconoscimento della libertà di scelta non equivale alla normalizzazione dell'anticipazione della fine della vita, che tende piuttosto a emergere nei contesti in cui la relazione di cura risulta fragile, carente o deumanizzante. Numerosi studi mostrano infatti come il desiderio di morire sia spesso correlato non solo al dolore fisico, ma a forme di sofferenza esistenziale legate alla perdita di dignità, di ruolo e di senso. Il fine vita può essere dunque inteso come il tempo dell'ultimo compito evolutivo, in cui la persona, se adeguatamente accompagnata, è chiamata a integrare la propria esperienza di vita, rielaborare i legami e mantenere un senso di continuità identitaria, nonostante la progressiva perdita di autonomia.

“ Il cambiamento di rotta richiede una formazione trasversale, capace di integrare conoscenze teoriche con tecniche formative attive.

Come sottolineato dalla *Lancet Commission*, il cambiamento di rotta necessario richiede un investimento strutturale nei percorsi formativi dei professionisti sanitari, promuovendo una formazione trasversale, capace di integrare conoscenze teoriche con tecniche formative attive svolte in contesti protetti, che offrano ai medici la possibilità di confrontarsi in modo esperienziale con le dimensioni emotive e relazionali del morire, attraverso dispositivi quali simulazioni, *role-playing* e momenti di riflessione guidata, o quelli offerti dalla stessa medicina narrativa. Tali esperienze rappresentano inoltre un significativo guadagno professionale, generalizzabile anche ad altri contesti di cura, poiché lo sviluppo di competenze relazionali umanizzanti contribuisce alla prevenzione del *burnout* e degli eventi critici che mettono a rischio la motivazione e la tenuta emotiva dei professionisti. ■

Autonomia della persona e dignità del morire

Giacomo Canobbio

Ordinario di Teologia sistematica presso la Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale di Milano,
Direttore scientifico dell'Accademia Cattolica di Brescia e delegato vescovile per la pastorale della cultura

Intervento al convegno *Percorsi di cura. Accompagnare con dignità*, tenutosi all'Ordine dei Medici di Brescia il 13 dicembre 2025.

Premessa

Nel *Le petit prince* di Antoine de Saint-Exupéry, nel dialogo tra il piccolo principe e la volpe che chiede di essere addomesticata, cercando di spiegare che cosa significhi "addomesticare", la volpe di-

ce: "*Le langage est source de malentendus*". Per questo nei manuali scolastici di teologia la dimostrazione di ogni tesi prendeva avvio dalla *explicatio terminorum*. Chi lavora in ambito scientifico sa bene che, sebbene i termini siano polisemici, deve esserci una corrispondenza tra il nome e la res: se



si usa “fotone” si sa di che cosa si tratta, se si dice “bosone” si sa che non si tratta di “protone”. Questa precisione non si riscontra quando si affrontano le questioni etiche. In queste – tendenzialmente – si usano gli stessi termini supponendo di dare agli stessi il medesimo significato e quindi di essere d'accordo, mentre questo è soltanto nominale.

Per stare al nostro tema: che cosa significano “autonomia della persona”, “rispetto della vita”, “dignità del morire”, “accompagnare con dignità”? Il titolo concordato sembra dare un significato univoco a questi termini, diversamente non si capirebbe la seconda parte del titolo: “Contrapposizione o conciliazione?”.

Obiettivo del mio intervento è proporre un invito a precisare che cosa si indichi con questi termini; quasi un percorso per spianare la via alla soluzione della questione, al fine di evitare equivoci. Una volta individuato il significato dei termini utilizzati si potrà affrontare la questione.

Prima di procedere, sembra però utile delineare lo sfondo culturale sul quale la questione si pone, pur nella consapevolezza che si tratta di una delimitazione che richiederebbe approfondimenti. Prestare attenzione a questo aiuta a rendersi conto della precomprensione che ci abita quando si affrontano le questioni.

Lo sfondo culturale

Il tema etico di fondo che si pone nel caso nostro è la qualità della vita. La valutazione di questa è variata nel corso del tempo, anche in dipendenza dai progressi della medicina, della quale nell'immaginario non si accettano i limiti, perché in ultima analisi non si accettano limiti alla vita, a meno che questi siano posti dalla singola persona. Si svela così un'immagine di onnipotenza: della vita si è padroni, non destinatari, e di essa pertanto si può disporre in totale autonomia. Coerentemente chi ha gli strumenti – i medici – dovrebbe garantire la possibilità di disporre della propria vita; se non lo fanno, per incompetenza o per limite inscritto nella loro scienza, non corrispondono più

“ Non si accettano i limiti della medicina, come del resto non si accettano quelli della vita.”

alla loro funzione. In questa visione mi pare si ponga un dato sintomatico: per l'abrogazione dell'art. 579 del Codice penale¹ proposta dall'Associazione Luca Coscioni sono state raccolte 1.200.000 firme. Si possono cogliere in questo dato due indicazioni relative al tendenziale modo di pensare: 1. L'autodeterminazione senza vincoli; 2. Aiutare una persona ad attuare la sua autodeterminazione non solo non è punibile, ma è meritorio. Si tratta di un orientamento antropologico che pone l'individuo come soggetto libero che può decidere di sé autonomamente, e compito della società – in particolare dello Stato – è rendergli possibile la decisione.

La cultura che si è sviluppata negli ultimi decenni ha orientato e orienta in forma diversa la comprensione della persona. Alla radice sta, insieme a una interpretazione *individualista* della persona, la convinzione che la vita è degna di essere vissuta solo quando corrisponde ad alcuni parametri, tendenzialmente costruiti sull'efficienza. L'aggettivo “degn” non ha più alcuna valenza universalmente (e razionalmente) condivisa: è la singola persona che decide quando la “sua” vita è degna. Si può indiscutibilmente considerare che alcune condizioni siano insopportabili; ma si tratta sempre di condizioni di una persona; eventualmente si dovrà verificare come possano essere rese sopportabili. E ciò è compito della società nella sua articolazione e nelle sue agenzie, che peraltro vengono riconosciute come necessarie – anche nella legge – quando si vuol raggiungere l'attuazione della propria decisione di porre fine alla vita.

Alla ricerca della matrice di questa visione

Uno dei fattori principali della matrice di questa visione è lo sviluppo della tecnica e con esso quello del pensiero moderno, che ha portato a pensa-

1 «1. Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni. 2. Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61. 3. Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso: 1) contro una persona minore degli anni diciotto; 2) contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti; 3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno».



Foto di Joel Fozzari su Pixabay

“ L'autonomia non esiste.

re il soggetto umano *faber sui ipsius*. Il progresso tecnico ha modellato il pensiero: quel che tecnicamente è diventato possibile diventa eticamente legittimo. Del resto, i progressi della medicina rendono possibile vincere forme di malattia precedentemente impossibili da debellare. Ciò sta a dire che il potere della tecnica rafforza la convinzione che l'essere umano non può stare in contemplazione della natura come avveniva nell'antichità; deve piuttosto dominarla, fino al punto di sentirsi protagonista del processo evolutivo: questo non sarebbe più lasciato ai processi biologici, ma sarebbe orientato anche dagli umani divenuti capaci di governare e perfino provocare anche detti processi (le tendenze del *cyborg* sono indicative al riguardo). Merita di essere ricordata a questo riguardo l'opera della sociologa canadese Céline Lafontaine, *La société postmortelle* (Éd. du Seuil, Paris 2008), che dà conto degli esperimenti medici per far vivere le persone umane fino a cinquemila anni. Si tratta di tentativi che denotano, pur in forma iperbolica, il desiderio di non morire e quindi la difficoltà a integrare la morte nell'esistenza umana. Ancora di più il sogno di Larry Page, uno dei fondatori di Google, il quale, in un'intervista al settimanale *Time* nell'agosto 2013, dichiarava che non gli interessa lavorare per guarire le persone dal cancro, bensì per vincere la morte. Sono tentativi che evidenziano la consapevolezza del potere degli umani sulla vita. In tal senso sono speculari alla scelta di darsi/dare la morte quando la vita pare aver perduto il

suo senso perché segnata da eccessiva sofferenza: quando il "patire" impedisce il dominio di sé e della realtà circostante, si affaccia quasi un sussulto di potere che porta ad eliminare il patire. Infatti, se gli esseri umani sono dotati anzitutto di potere, non si può accettare di risultare sconfitti e quindi di subire un destino che non si è scelto. In tal senso, l'orientamento che cerca di prolungare la vita umana fino a renderla tendenzialmente priva di fine e la decisione di porre fine alla vita quando questa non appare più degna di essere vissuta costituiscono un paradosso soltanto apparente; in verità sono ambedue espressione della medesima concezione antropologica, quella uscita dalla modernità, che vede negli esseri umani gli unici protagonisti della propria esistenza e quindi legittimati a decidere di sé in ogni circostanza, soprattutto di fronte al nemico ultimo della vita. Quando questo appare si deve mostrare che anche di esso si è padroni.

Precisazione dei termini

“Autonomia”: etimologicamente significa che il sé (*autos*) è separato dagli altri (*temnein* significa “tagliare”). Può essere vero che l'etimologia non è sufficiente per dire il significato di un termine; questo dipende anche dal contesto nel quale è usato. Sembra però che nel linguaggio abituale “autonomia” venga usato per dire “indipendenza”, “autodeterminazione” della persona. Appare evidente che, così inteso, il termine non corrisponde al dato di fatto: ogni persona è dipendente da altri, diversamente non potrebbe esserci. Infatti, ogni persona è posta nell'esistenza, e non solo al suo inizio, ma in forma permanente: vale in senso biologico, sociale, culturale. Vale anche in senso etico? Torna alla mente quanto scriveva I. Kant nell'opera *Risposta alla domanda: “che cosa è l'illuminismo?”*. *Sapere aude*, abbi il coraggio di usare della tua propria intelligenza; si deve uscire dallo stato di minorità. Va però ricordato che Kant proponeva poi come principio fondamentale dell'etica l'imperativo categorico: agisci in modo che il principio della tua azione abbia valore universale (*agisci soltanto secondo quella massima che, al tempo stesso, puoi volere che divenga una legge univer-*

“ La dignità è “inerente alla persona, indipendente dai suoi condizionamenti e meritevole, pertanto, di un rispetto incondizionato” .

sale). Pur prescindendo dal riferimento kantiano, nell'attuale cultura difficilmente proponibile, pare indiscutibile che l'autonomia nel senso diffuso del termine non esiste: i nostri giudizi etici sono condizionati dal costume e soprattutto dalle relazioni. Una lettura attenta delle dinamiche sociali aiuta a capire che nel formulare i criteri di valutazione siamo sempre più condizionati. Nella questione sulla quale stiamo riflettendo pare determinante l'idea di qualità della vita mediata soprattutto dalla pubblicità. Rendersi consapevoli di questo, permette di stare in modo critico nel mondo attuale, in ogni circostanza. Vuol dire che non siamo liberi? Si tratta di una questione fondamentale, che si risolve verificando con quali criteri si procede.

“Prendersi cura è l'atto supremo di rispetto della persona umana, anche quando questa ha smarrito il senso del suo valore.”

“Dignità”: il termine latino *dignitas* corrisponde al termine “onore”, “rispettabilità”. Si tratta però di capire quando e come si debba considerare la dignità di una persona. La si può considerare nella condizione fattuale o nella condizione ontica. Nel primo caso si pone l'accento su ciò che la persona ha compiuto e lo si valuta in base a parametri di carattere giuridico o ideologico. Cicerone enunciava il principio *unicuique suum secundum suam dignitatem*, cioè sulla base di come una persona di fatto si era configurata. Sul cancello del lager di Buchenwald c'era la scritta *Jedem das Seine* per dire che quanti erano lì racchiusi meritavano di esserlo: se non erano rispettati era colpa loro perché non corrispondevano ai criteri stabiliti dall'ideologia. Se si procede in questo modo, non c'è più un criterio universalmente valido per il rispetto delle persone, a partire dal quale queste potrebbero essere restituite alla loro condizione nativa. Paradossalmente, procedendo in questo modo anche la medicina perderebbe il suo senso. Mi pare meriti attenzione quanto il Dicastero per la dottrina della fede ha scritto nella Dichiarazione *Dignitas infinita*: la dignità è «inerente alla persona, indipendente dai suoi condizionamenti e meritevole, pertanto, di un rispetto incondizionato. Solo riconoscendo all'essere umano una dignità intrinseca, che non può mai essere perduta, è possibile garantire a tale qualità un inviolabile e sicuro fonda-

mento. Senza alcun riferimento ontologico, il riconoscimento della dignità umana oscillerebbe in balia di differenti ed arbitrarie valutazioni. L'unica condizione, dunque, per poter parlare di dignità per sé inerente alla persona è la sua appartenenza alla specie umana, per cui “i diritti della persona sono i diritti dell'uomo” (n. 24). Vi si può vedere una sintonia con Kant, secondo cui la dignità non si può esprimere in valutazioni: essa attiene al soggetto umano, indipendentemente dalle qualità di questo essere uomo. Nella questione che ci riguarda, che cosa può voler dire dignità del morire? La risposta dipende dall'immagine dell'umano con cui si procede. Qual è il limite dell'umano? La consapevolezza? Se fosse questa, vorrebbe dire che una persona sedata o anestetizzata non sarebbe più umana? Se si dicesse che si è in una condizione disumana perché la sofferenza è eccessiva, quale sarebbe la misura dell'umano? Con quale criterio la si stabilisce?

“Accompagnare”: il verbo può avere almeno due significati: condurre in forma attiva, del tipo accompagnare un bambino a scuola; stare accanto mentre una persona vive un processo: il prefisso “ad” apre ai due significati, nel primo caso indica moto a luogo, nel secondo, indica prossimità. Quale dei due significati si assume? Qual è il più umano? Dipende ancora dall'immagine di umano che si assume.

Elementi per un percorso di riflessione

Riflessione critica significa considerare con attenzione la visione tendenzialmente dominante riguardo al nostro tema e mostrare ragioni per una presa di distanza da essa. Se sullo sfondo di tale visione sta la considerazione dell'*homo faber sui ipius* ci si dovrà confrontare anzitutto con essa. Ovvio che il confronto non può condurre ad accettare passivamente tutto quanto interviene nell'esistenza di una persona: sarebbe lasciare gli esseri umani in balia delle forze bizzarre dei processi biologici e quindi negare l'emergenza degli stessi umani rispetto agli altri viventi, che peraltro - va ricordato - pure si oppongono alla morte. Tuttavia, la dialettica tra esercizio del potere e accettazione del limite appartiene nativamente alla condizione umana e va riconosciuta. Ma come? La questione attiene al rapporto tra patire e agire. Per poterla affrontare si deve prendere avvio dalla già ricordata radicale dipendenza di ogni persona umana. Benché si stiano facendo esperimenti per dare origi-

ne ad animali - prevedibilmente tra non molti anni anche a esseri umani - appare innegabile che ogni vivente viene al mondo perché posto e quindi è disposto. Per quante trasformazioni si possano introdurre nella struttura degli umani, all'origine di essi c'è sempre un atto esterno che li pone (ciò vale anche nel caso si "producesse" un essere umano in laboratorio). Non si può inoltre negare che nel corso dell'esistenza la condizione di dipendenza - certamente meno rilevante - permane. Esistere coincide infatti con *ex-sistere*. Riconoscere questo aiuta a comprendere che la vita è anzitutto donata, e non solo agli inizi. Tenerne conto rende responsabili, cioè consapevoli che di essa si può/deve rispondere, rendere conto.

Una dialettica insuperabile

Si evidenzia pertanto una dialettica: la vita appartiene a una persona, ma non è mai proprietà privata. Ogni persona non risponde solo a se stessa, ma pure al contesto nel quale è inserita e le permette di vivere. Questo, a sua volta, non può decidere di interrompere il processo di sostegno alla vita di una persona: sarebbe contraddire il processo messo in atto fino a quel momento, finalizzato appunto a sostenere la persona. Non a caso, nel corso della storia la medicina è stata pensata anzitutto come un'arte anziché come una tecnica: essa è nata per custodire la vita, sorreggere chi è debole, guarire chi è malato, tenendo conto della singolarità di ogni persona. Il giuramento di Ippocrate, che per millenni ha dettato la deontologia medica richiamava questa prospettiva a chiunque si accingesse all'esercizio dell'arte medica, che in quanto tale richiede creatività e attenzione. Resta certamente la questione della qualità della vita che si custodisce. Quando questa non appare più vita, non sarebbe meglio porvi fine e quindi liberare chi la sta patendo e non agendo?

La ripresa della questione antropologica

Ritorna la questione antropologica: perché non "patire" la vita quando questa diventa pesante?

Non si devono sicuramente evocare le orribili vicende dei campi di concentramento con l'eliminazione di chi fosse ritenuto non degno di stare nel mondo dei "puri", e quindi paragonare a quella eugenetica dei nazisti la condizione di chi decide di porre fine alla sua vita perché ritenuta insopportabile o la convinzione di chi pensa sarebbe meglio sollevare da una condizione "indegna" della vita umana. Appare però inevitabile domandarsi perché il "patire" venga ritenuto non degno di una persona umana. L'ipotetica risposta pare stia nella concezione della persona umana solo come *faber*. Dimensione necessaria, ma non unica, e quindi da integrare con l'altra appena richiamata. Certo, quando le sofferenze sono insopportabili e appaiono prive di senso, la soluzione più ovvia sarebbe quella di porvi fine mediante un atto positivo, senza attendere che la "natura faccia il suo corso". Va tuttavia osservato che una scelta di questo genere è perlomeno ambigua: rivela infatti nello stesso tempo pietà e incapacità ad accettare l'impotenza di fronte al male invincibile. Non ci si può nascondere che, a volte, la pietà diventa l'abito che nasconde la difficoltà a stare accanto e a sostenere chi vive in situazione di limite estremo. Infatti, la pietà tende a essere intesa come fare qualcosa per liberare chi sta patendo, anziché come stare accanto e "compatire", cioè condividere la condizione di impotenza, aiutando ad accettare la dimensione di "essere disposti", che è costitutiva della vita umana.

Inattualità della visione

Inattuale questa visione. Tuttavia, dire inattuale non vuol dire non plausibile. Il criterio dell'attualità non è l'unico criterio della verità di una visione. Del resto, lo sviluppo della medicina palliativa mostra che è possibile realizzare uno degli aspetti della cura. Non a caso nel vocabolario della scienza medica si trova anche il termine "assistenza", che significa stare accanto (*ad-sistere*: torna il verbo *sistere*, che evoca resistenza). E non solo quando si può mettere in atto la cura, bensì e soprattutto quando ci si deve limitare a prendersi cura, che è l'atto supremo di rispetto della persona umana, anche quando questa ha smarrito il senso del suo valore. ■

Il SSN un amore tutto italiano

Filippo Anelli

Presidente FNOMCeO

Focus sul Servizio sanitario con il Presidente FNOMCeO, Filippo Anelli, a Brescia per la presentazione del volume che ha curato.

“Il Servizio sanitario nazionale oggi soffre di un problema grande, la scarsa attenzione nei confronti dei professionisti: sono le donne e gli uomini che lavorano nel Ssn a produrre la salute, ed è necessario che siano incentivati, sostenuti e rispettati nelle loro autonomie”.

Sono dedicate ai professionisti della sanità le prime parole di Filippo Anelli nel suo intervento a Brescia, lo scorso 15 gennaio, ospite dell’Ordine dei Medici provinciale. Il presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri – FNOMCeO – ha presentato il volume **Il SSN un amore tutto italiano**, da lui curato, che raccoglie analisi e contributi dedicati al Servizio Sanitario Nazionale, alla sua vocazione universalistica e ai rischi di un suo irrimediabile depotenziamento (il libro è disponibile gratuitamente solo in formato E-book al link <https://shop.edraspa.it>).

Davanti agli iscritti e ai rappresentanti del mondo sanitario locale che hanno riempito la Sala conferenze dell’Ordine - introdotto dal presidente dell’Ordine di Brescia, Germano Bettoncelli, dal presidente della Commissione Albo Odontoiatri Gianmario Fusardi e dal magnifico Rettore dell’Università degli Studi di Brescia Francesco Castelli - Anelli ha preso spunto dalla recente ipotesi di riforma approvata dal Consiglio dei Ministri – che

“ Non è vero che il Ssn è inefficiente: è sottofinanziato.



Da sinistra: Castelli, Fusardi, Anelli e Bettoncelli alla presentazione del libro

certifica come il sistema, istituito nel 1978, abbia bisogno di essere rivisto - per proporre un’analisi delle criticità del Servizio sanitario odierno.

“Il sistema subisce soprattutto l’assenza di un piano preciso e definito: manca un piano Marshall per le professioni, considerando che in Italia non è un problema il numero dei medici quanto l’attrattività del Ssn verso questi professionisti, che sempre più spesso scelgono l’estero o l’attività libero professionale – spiega il presidente Fnomceo – E’ necessario convincere i medici a tornare in servizio, assicurando retribuzioni in linea con la media europea, garantendo maggiore autonomia alle professioni e superando parametri di performance solo economici: oggi veniamo giudicati per ricette, farmaci e la spesa che ne deriva, non sugli indicatori che ci dicono se i cittadini stanno meglio”. Un nodo cruciale riguarda la governance: il sistema non è ben governato, e sconta una frammen-

tazione di competenze tra i diversi Ministeri. La mancanza di programmazione, inoltre, non facilita l'individuazione degli interventi prioritari da perseguire, partendo dall'epidemiologia, dalla riduzione della mortalità evitabile e migliorando la qualità della salute.

“Le risorse sono l'altra grande criticità, quelle apostate non sono sufficienti e si rischiano tagli ai servizi per rispettare l'obbligo di pareggio di bilancio – prosegue Anelli - Non è vero che il Ssn è inefficiente: è sottofinanziato. Punto. La Germania investe in sanità il 10,1% del PIL, la Francia il 10,1%. Noi il 6,2%. I numeri ci dicono che finanziamo troppo poco un sistema che costa sempre di più, e questo divario cresce ogni anno, segno che non stiamo sostenendo adeguatamente l'infrastruttura pubblica più importante del Paese. Questa è una scelta politica, non un destino”.

All'interno del volume sono analizzati, in particolare, i due rapporti che il Censis ha recentemente realizzato per la FNOMCeO. Il primo, dedicato al valore economico e sociale del Servizio Sanita-

rio Nazionale, ha studiato gli impatti economici e occupazionali della spesa sanitaria pubblica, evidenziando la ricchezza e i posti di lavoro prodotti, oltre alle ricadute positive in termini di coesione sociale e di ricerca e innovazione: 1 euro di spesa pubblica investito in sanità ne genera quasi 2 di produzione in valore.

Il secondo, intitolato “Il necessario cambio di paradigma nel Servizio sanitario: stop all'aziendalizzazione e ritorno del primato della salute”, ha messo in luce l'ampio consenso sociale sull'urgenza di rilanciare il Servizio sanitario, provato da un prolungato depotenziamento a fronte dei fabbisogni sanitari in crescita di una popolazione che invecchia. Per quasi il 92% degli italiani avere una sanità per tutti, secondo il criterio dell'universalità, è un motivo di orgoglio per il nostro Paese. E per l'87,2% è prioritario migliorare le condizioni di lavoro e le retribuzioni dei medici, perché sono la risorsa più importante della sanità.

Se l'Italia è ancora uno dei Paesi più longevi al mondo e con percentuali di aspettativa di vita senza disabilità tra le più alte, infatti, è grazie al Ssn, che continua a rappresentare un valore distintivo del nostro Paese. Un risultato sostenuto dall'impegno eccezionale dei medici, con il loro sforzo quotidiano, in condizioni spesso di estrema difficoltà e con inadeguati riconoscimenti economici.

Negli ultimi anni si registra una tendenza in crescita dei fondi assicurativi privati, che tuttavia non rappresentano una risposta alla crisi: “Le assicurazioni garantiscono solo prestazioni, non si pongono il problema generale di tutela della salute, promozione degli screening, salvaguardia dell'ambiente, attenzione agli aspetti di carattere sociale – sottolinea il presidente Fnomceo - Un Servizio sanitario non eroga solo prestazioni ma deve prendersi cura del paziente con una visione più ampia. Un approccio più ristretto, del resto, l'abbiamo già vissuto nel secolo scorso con le mutue”.

Per questo, “nel pieno di una crisi strutturale che è una crisi di visione, o facciamo scelte prioritarie che servono a darci risposte precise o il rischio è che la consumazione progressiva del Ssn lo conduca verso un inesorabile declino”, avverte Anelli.

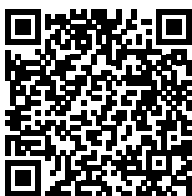
Il libro vuole riaccendere l'attenzione su questi temi, ed è quasi un manifesto civile, “un atto d'amore che parla di ciò che facciamo e siamo diventati, ciò che non vorremmo mai perdere: il Servizio sanitario nazionale, finalizzato a realizzare l'articolo 32 della Costituzione che tutela il diritto alla salute, è nato da un patto stretto nel '78, e noi medici siamo stati, e siamo, i garanti di quel patto”. ■

Il SSN un amore tutto italiano

a cura di Filippo Anelli, Presidente FNOMCeO



**Il libro è disponibile gratuitamente
solo in formato E-book:**



Inquadra il QR code e scaricalo

La sfida della complessità

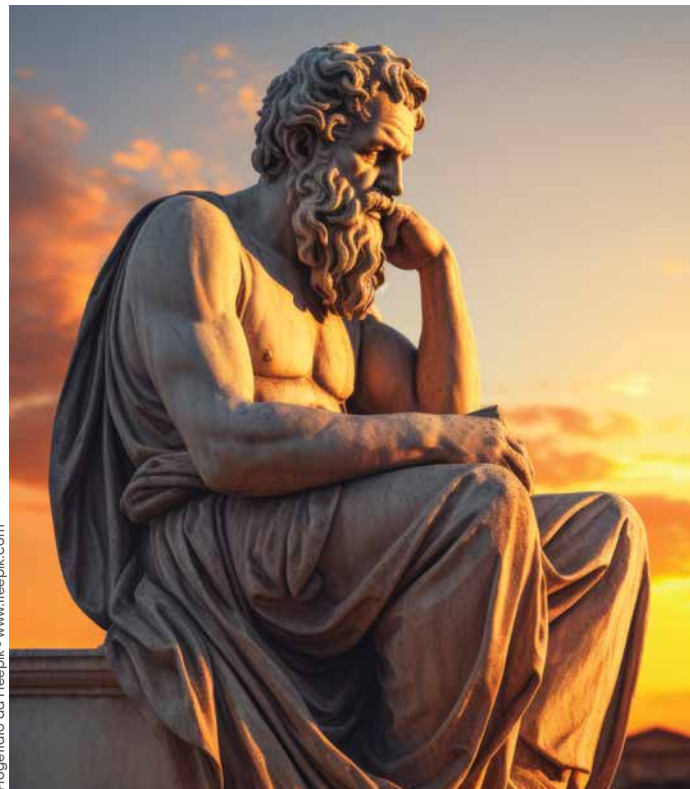
Trasformare la diagnosi in relazione

Lucia Procuranti

Ricercatrice in Storia della filosofia, Dipartimento di Scienze umane, Università degli Studi di Verona

Le domande fondamentali della filosofia: «Da dove veniamo? Chi siamo? Dove andiamo?», si trasformano nella vita quotidiana in riflessioni che portano a chiedersi a che serve la propria vita, la propria professione. Aristotele afferma che «gli uomini hanno cominciato a filosofare, ora come in origine, a causa della meraviglia: mentre da principio restavano meravigliati di fronte alle difficoltà più semplici, in seguito, progredendo a poco a poco, giunsero a porsi problemi sempre maggiori. [...] Ora chi prova un senso di dubbio e di meraviglia riconosce di non sapere»¹. La capacità di meravigliarsi è propria dell'uomo e della donna ed è ciò che impedisce la caduta in quella ripetitività che renderebbe l'essere umano incapace di un'esistenza veramente personale². L'uomo, rileva Pascal, non è che una "canna", è piccolo e fragile

“ La velocità con cui avviene lo sviluppo delle diverse tecnologie non lascia tempo per fermarsi a porsi domande.



Progettato da Freepik - www.freepik.com

1 Aristotele, *Metafisica*, a cura di G. Reale, Rusconi, Milano 1997, A 2, 982b 10-20, p. 11.

2 Cfr. Giovanni Paolo II, *Fides et ratio. Lettera enciclica circa i rapporti tra fede e ragione*, p. 7. https://www.vatican.va/news_services/or/or_quo/bnw/fides_et.pdf



Foto di Giammarco Boscaro su Unsplash

“ Anche se l’applicazione della tecnologia rende più operativi, resta saldo il ruolo dell’essere umano.

rispetto all’universo che lo circonda e gli basta poco per essere abbattuto moralmente e fisicamente. Tuttavia, con il suo pensiero è in grado di superare la grandezza dell’universo stesso, perché «con lo spazio l’universo mi comprende e mi inghiotte come un punto; col pensiero io lo comprendo»³. Come sottolinea anche Kant nella *Critica del Giudizio*, l’essere umano è infinitamente più grande e superiore alla natura circostante, anche quella più potente e più vasta, perché è dotato di ragione e della capacità riflessiva che gli permette di comprendere e di rielaborare i suoi pensieri. Questo porta per Kant al prodursi di uno stato d’animo sublime che nasce dalla nostra capacità di giudizio di collegare «l’immaginazione alla ragione»⁴, elevando l’anima alla libertà.

Con l’uso del giudizio riflettente, l’essere umano aggiunge alla conoscenza scientifica, basata su giudizi determinanti, quel *quid*, chiamato in estetica “*non so che*”, favorevole alla formulazione di un giudizio di bellezza. Grazie alla percezione del bello, che per Kant è propria solo dell’es-

sere umano, l’uomo e la donna sono in grado di predisporre l’animo alla relazione positiva con le persone e con le cose. Attualizzando queste speculazioni e mettendo l’essere umano di fronte, non alla grandezza dell’oceano naturale, bensì a quella dell’oceano della tecnologia e dell’intelligenza artificiale, possiamo dire che l’essere umano kantianamente inteso abbia in sé la capacità di dirigere l’ingegno, evitando di essere paradossalmente da esso diretto. È un *modus operandi* artistico che rievoca la definizione aristotelica di arte intesa come «disposizione accompagnata da ragionamento vero che dirige il produrre»⁵. In medicina lo sviluppo tecnologico in generale e l’utilizzazione dell’intelligenza artificiale in particolare hanno contribuito e contribuiscono tuttora ad un’implementazione delle risorse diagnostiche e delle pratiche di cura. Tuttavia, la velocità con cui avviene lo sviluppo delle diverse tecnologie non lascia tempo per fermarsi a porsi domande.

Nel mondo greco antico si distingueva tra *chronos*, che rappresenta la durata del tempo storico, scandito da un prima e da un poi, e *kairos*, un momento all’interno di *chronos*, in cui vi è la possibilità di vivere il tempo in un’altra dimensione. Il *kairos* è una possibilità per l’individuo di vivere un’occasione propizia e unica. Attualizzando questa distinzione si può dire che il tempo tecnologico sia solo *chronos*, mentre quello umano sia soprattutto *kairos*. La sofferenza spesso spaventa e fa sentire impotenti, e per ovviare a questo limite è paradossalmente possibile che ci si abitui ad essa, affrontandola con routine, burocratizzando il problema. Le difficoltà esistenziali possono però trasformarsi in tempo di prova, in un *kairos* che sfida il *chronos*, per riappropriarsi di ciò che è suo e di quella pienezza di vita che solo ciò che è essere e non macchina può esprimere.

Nell’esercizio della sua professione il medico incontra inevitabilmente la sofferenza. Meditare sul senso di questa, dovuta ad una malattia, ad un incidente, ad una violenza subita, o più semplicemente pensare che la propria professione, per quanto approfondita e supportata dalle più moderne e sofisticate tecnologie a disposizione, ha comunque dei limiti, aiuta in realtà nella comprensione di chi si ha di fronte e ad infondergli coraggio.

3 B. Pascal, *Pensieri*, in Id., *Opere. Edizione integrale*, a cura di D. Bosco, Morcelliana, Brescia 2022, fr. 104, p. 810.

4 I. Kant, *Critica del Giudizio*, a cura di A. Gargiulo, Laterza, Bari 1997, §26, p. 183.

5 Aristotele, *Etica nicomachea*, a cura di M. Zanatta, Bur, Milano 1996, vol. 2, VI,4, 1140, 5-10, p. 595.

L'agire in un ambiente professionale altamente competitivo e da cui ci si aspetta sempre molto di più di quello che si è a volte nella possibilità di dare, è spesso fonte di frustrazioni, che possono demotivare la persona, impedendole di guardare il prossimo come una nuova opportunità d'essere. Accogliere l'amarezza del sentimento d'impotenza di fronte a situazioni complesse, o anche accettare l'umiliazione che viene dall'errore che si poteva evitare, o che avrebbe dovuto essere evitato, richiedono una grande forza d'animo, che porta ad accettare i propri limiti. Tuttavia, è proprio a causa di questa realtà umana "limitata" che le professioni vengono indirizzate verso un'utilizzazione massiccia della tecnologia, perché sotto la necessità dell'efficienza, si nasconde in realtà la ricerca della perfezione, e del superamento dei limiti della propria natura. Anche se l'applicazione della tecnologia nella vita in generale e nella professione medica in particolare rende più operativi, resta saldo il ruolo dell'essere umano, che ha la capacità e anche la responsabilità di trasformare la produttività in cura e la diagnosi in relazione.

“ La medicina – spiega Aristotele – non ha il compito di rendere sani, ma procedere con la guarigione fin dove sia possibile.

Un legame di questo tipo non può aver luogo nell'incontro tra un malato e un *care-giver* "umanoide", perché questo, pur essendo altamente in grado di simulare sensazioni ed emozioni umane, non può comunque provarle, si verificherebbe una relazione sbilanciata, perché non avverrebbe tra due persone, bensì tra una persona che è *ontos* e una macchina che è solo *techne*. Essere pieni di nozioni e di informazioni non equivale ad avere vita e a trasmetterne la forza. Il malato attende il medico non

solo per conoscere la sua diagnosi, ma anche per la relazione che si instaura tra loro. L'inizio di una valutazione clinica avviene con un momento di conoscenza che solitamente è favorito dalle domande anamnestiche del medico al paziente.

Durante questa fase, come spiega Platone nel *Menone*, si comprende come l'apprendere e l'imparare comincino con un "ricordare". «La dottrina del conoscere come ricordare respinge l'inerzia e rende l'uomo forte ed attivo, perché mostra come sussista l'effettiva possibilità di indagare ciò che non si sa e stimola a ricercare il vero»⁶.

Il dialogo, che può avvenire anche solo con la presa delle mani altrui tra le proprie, e volgendo lo sguardo attento, ma anche comprensivo, verso l'altro, è il metodo di relazione per trasmettere quella forza utile non solo per guarire, quando ciò è possibile, ma anche per accettare e accettarsi: per ritornare ad "essere". La «medicina – spiega Aristotele – non ha il compito di rendere sani, ma procedere con la guarigione fin dove sia possibile, poiché si possono curare convenientemente anche coloro che non sono in grado di recuperare la salute»⁷. Il dialogo tra curante e necessitante permette il consolidarsi di un'esperienza che favorisce l'interpretazione dei dati che è un'azione superiore al processarli come farebbe una macchina. Sempre Aristotele, nella *Metafisica*, spiega che «se uno possiede la teoria senza l'esperienza e conosce l'universale ma non conosce il particolare che vi è contenuto, più volte sbaglierà la cura, perché ciò cui è diretta la cura è, appunto, l'individuo particolare»⁸. Si evidenzia qui la necessità di una visione antropologica che tenga conto della complessità dell'essere umano, il quale va colto, come sottolinea Rosmini, «nella salute e malattia come soggetto unitario di anima e corpo, dove gli aspetti fisico e psichico possono essere distinti a livello logico, ma non ontologico, tanto da porre la ricerca medica nella condizione di tenere presente le loro interazioni reciproche e la loro connessione fisiologica in ogni istante della vita terrena»⁹.

6 G. Reale, *Introduzione. Esposizione critica e interpretazione del «Menone»*, in Platone, *Menone*, a cura di G. Reale, La Scuola, Brescia 1995, p. 11.

7 Aristotele, *Retorica*, intr. di F. Montanari, a cura di M. Dorati, Oscar Mondadori I, 1355b, p. 11.

8 Aristotele, *Metafisica*, cit., A 1, 981 a 20-25, p. 5.

9 F.L. Marcolungo, *Il compito della medicina dell'Antropologia di Antonio Rosmini*, in «Annuario di Filosofia della Medicina», 1, 2023, p. 105.

Intelligenza artificiale e medicina di famiglia

L'esperienza del progetto MIA

Nicola Bastiani

Medico di Medicina Generale a Coccaglio, tesoriere Ordine dei Medici di Brescia

Durante una normale giornata di ambulatorio può capitare di scorrere decine di referti, lettere di dimissione, esami di laboratorio e piani terapeutici. La cartella clinica del medico di famiglia è diventata negli anni un contenitore sempre più ricco di informazioni. Una ricchezza preziosa, ma che richiede tempo e attenzione per essere interpretata.

In questo contesto si inserisce il tema dell'intelligenza artificiale, che negli ultimi anni è entrato con forza nel dibattito sanitario. Quando se ne parla, però, l'immaginario corre quasi sempre agli ospedali e alle tecnologie più avanzate. Molto me-

no si discute delle possibili applicazioni nella medicina di famiglia.

Eppure, proprio negli studi dei medici di medicina generale l'intelligenza artificiale potrebbe trovare alcune applicazioni molto concrete. Strumenti di analisi dei dati potrebbero, ad esempio, aiutare a individuare pazienti che non eseguono controlli da tempo, segnalare parametri clinici fuori target o richiamare rapidamente linee guida e raccomandazioni scientifiche durante il ragionamento clinico. La gestione delle patologie croniche rappresenta uno degli ambiti più promettenti. L'analisi dei dati presenti nelle cartelle cliniche potrebbe aiutare a individuare pazienti che necessitano di controlli programmati o di una rivalutazione clinica, facilitando lo sviluppo di modelli di medicina di iniziativa, sempre più centrali nell'organizzazione dell'assistenza territoriale.

In questo scenario si inserisce MIA – Medicina e Intelligenza Artificiale, un progetto promosso da Agenas nell'ambito della Missione 6 – Salute del

“ L'intelligenza artificiale potrebbe trovare alcune applicazioni molto concrete negli studi dei medici di medicina generale.



khunkornStudio - stock.adobe.com

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con l'obiettivo di sperimentare l'utilizzo dell'intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza territoriale.

La piattaforma nasce con l'idea di affiancare il lavoro dei professionisti sanitari, in particolare dei medici di medicina generale, offrendo uno strumento capace di analizzare dati clinici e restituire suggerimenti utili alla pratica quotidiana. Non si tratta quindi di un sistema che sostituisce il medico, ma di un assistente digitale progettato per supportare il ragionamento clinico e l'organizzazione del lavoro. Il progetto prevede una fase di sperimentazione nazionale, attiva da marzo 2026, che coinvolge circa 1500 medici di medicina generale.

Prima dell'avvio operativo della piattaforma è stato previsto un breve kick-off iniziale di circa un'ora e mezza fruibile dal vivo oppure attraverso la piattaforma MIA Lab.

A questo si affianca un percorso formativo obbligatorio di 18 ore che i medici partecipanti dovranno completare progressivamente nel corso del 2026. La formazione è dedicata al funzionamento della piattaforma, alle modalità di utilizzo nella pratica clinica e ad alcuni concetti generali legati all'intelligenza artificiale applicata alla sanità.

Dopo questa fase iniziale i medici partecipanti potranno iniziare a utilizzare la piattaforma nella pratica quotidiana, all'interno di una sperimentazione che servirà a valutarne l'impatto reale sull'attività clinica e organizzativa degli studi medici.

Funzioni previste

Le funzionalità attualmente sviluppate dalla piattaforma si concentrano su alcuni ambiti specifici della pratica clinica.

Un primo livello riguarda il supporto al ragionamento clinico, con la possibilità di ricevere indicazioni su possibili ipotesi diagnostiche o su esami utili da richiedere in presenza di determinati sintomi o condizioni cliniche.

Un secondo ambito riguarda la gestione dei pa-

zienti cronici, attraverso strumenti che permettono di monitorare i dati clinici e segnalare eventuali criticità o controlli mancanti.

La terza area di applicazione riguarda la prevenzione e la medicina di iniziativa, contribuendo a individuare pazienti candidabili a programmi di screening, vaccinazioni o altri interventi preventivi sulla base dei fattori di rischio registrati nella cartella clinica.

Allo stato attuale la piattaforma è stata sviluppata con funzionalità orientate a cinque grandi aree patologiche:

- diabete
- patologie cardiovascolari
- patologie respiratorie
- oncologia
- patologie neurologiche

Il sistema si basa su una *knowledge* base costruita a partire da fonti scientifiche riconosciute, linee guida e letteratura medica validata. Per garantire la piena conformità alle normative vigenti non è previsto l'utilizzo dei dati personali dei pazienti. Naturalmente l'introduzione di strumenti di questo tipo solleva anche alcune questioni.

L'efficacia dell'intelligenza artificiale dipende molto dalla qualità dei dati presenti nelle cartelle cliniche e dalla loro organizzazione. Un altro punto riguarda l'integrazione con i *software* già utilizzati negli studi medici: perché queste tecnologie possano essere davvero utili dovranno inserirsi in modo semplice e naturale nella pratica quotidiana.

Resta infine un elemento fondamentale: la responsabilità clinica e il rapporto di fiducia con il paziente rimangono sempre nelle mani del medico.

L'intelligenza artificiale può rappresentare uno strumento di supporto ma non può sostituire il ragionamento clinico, l'esperienza e la capacità relazionale che da sempre caratterizzano la medicina di famiglia. ■

MIA - Medicina e Intelligenza Artificiale

Progetto promosso da **Agenas** nell'ambito della **Missione 6 Salute del PNRR**

Coinvolge circa **1500 medici di medicina generale**

Percorso formativo:

- **kick-off iniziale di circa 1h30**
- **18 ore di formazione obbligatoria nel corso del 2026**

Aree cliniche attualmente coperte:

- diabete
- patologie cardiovascolari
- patologie respiratorie
- oncologia
- patologie neurologiche

La sperimentazione si svilupperà nel corso del **2026** per valutarne l'impatto sull'attività degli studi medici.

Algoritmi, molecole e pazienti virtuali

Come il *machine learning* sta accelerando lo sviluppo farmaceutico

Sandra Sigala

Farmacologa Medica, Dipartimento di Medicina Molecolare e Traslazionale, Università degli Studi di Brescia, Clinical Trial Center e Unità di Fase I, ASST Spedali Civili di Brescia

L'Intelligenza Artificiale (comunemente indicata con l'acronimo AI) sta ridefinendo la Farmacologia, riducendo i tempi della fase di *drug discovery*, mitigando potenzialmente i tassi di insuccesso.

Una AI affidabile (*trustworthy AI*) è sempre più un pilastro nel moderno percorso di identificazione e sviluppo di farmaci (doi: 10.3390/ph18091271) e, attraverso il *Deep Learning* e le reti neurali convoluzionali, ha trasformato questo processo in una disciplina predittiva. Per esempio, la ricostruzione in 3D della maggior parte delle proteine umane accelera il *virtual screening*, consentendo di testare milioni di composti tramite bioinformatica (*in silico*) in pochi giorni.

Inoltre, l'AI generativa (*Artificial Intelligence/Machine Learning/Deep Learning, AI/ML/DL*) può progettare molecole con proprietà farmacocinetiche ottimizzate, che sono studiate con la *Quantitative Systems Pharmacology* (QSP), specialità interdisciplinare che combina la Farmacologia sperimentale con la biologia dei sistemi computazionali, utilizzando modelli matematici e simulazioni per analizzare come un farmaco influenzi non solo il suo bersaglio diretto, ma l'intera rete di processi fisio-

“ Il rischio principale risiede nell'eccessiva fiducia nei modelli computazionali.

logici dell'organismo. La QSP riduce i fallimenti precoci per tossicità nella fase I di sperimentazione clinica, permettendo di estrapolare la dose ideale ed i regimi di somministrazione. Questo approccio può essere sfruttato anche in gruppi di pazienti fragili, quali per esempio i pazienti pediatrici. Anche gli Enti Regolatori utilizzano sempre più spesso modelli di QSP per supportare le decisioni sull'approvazione di nuove terapie. Questo approccio permette la riduzione della durata delle fasi di sviluppo preclinico in vitro ed in vivo da anni a mesi, con risparmio non solo di tempo, ma anche di spesa.

Il rischio principale risiede nell'eccessiva fiducia nei modelli computazionali. Senza una robusta validazione biologica, se i dati di addestramento sono scarsi, incompleti o non completamente corretti, le previsioni dell'AI generativa possono risultare

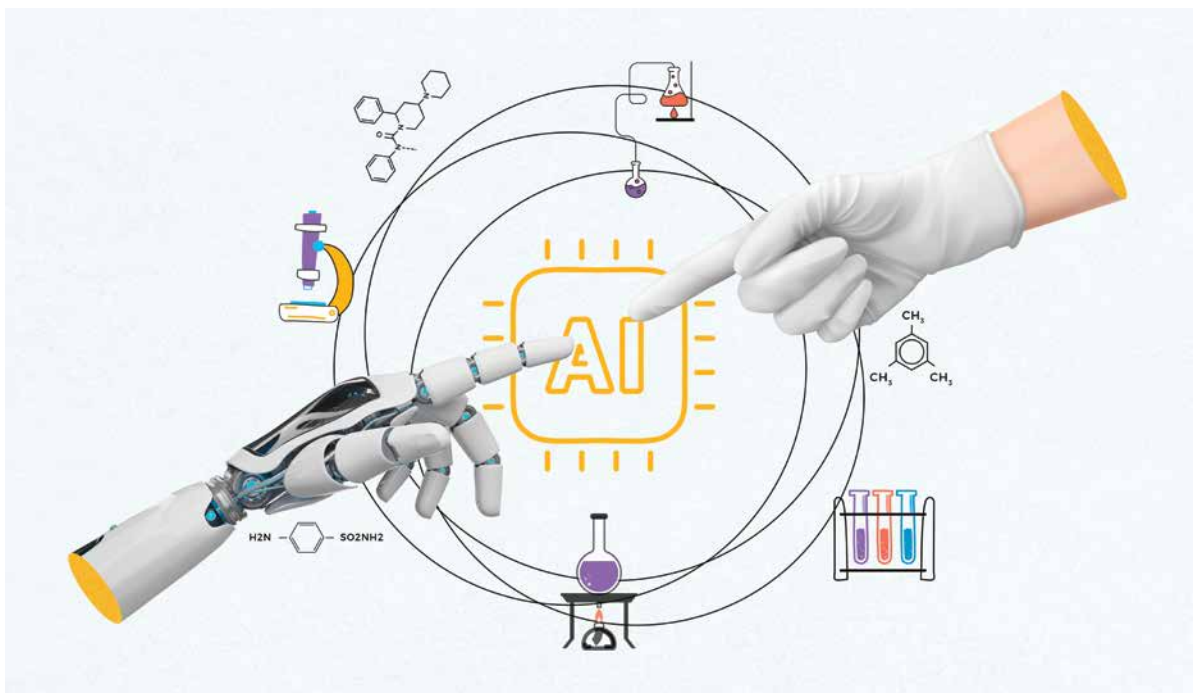
cl clinicamente irrilevanti. La criticità del popolamento del database e dell'addestramento degli algoritmi alla base delle interpretazioni fornite da AI sono criticità condivise anche quando questo approccio viene applicato nelle fasi di sviluppo clinico del farmaco.

Infatti, nelle fasi di sperimentazione clinica che portano, se completate con successo, alla richiesta di autorizzazione all'immissione in commercio alle Autorità Regolatorie, l'AI generativa permette la fenotipizzazione accurata dei pazienti, stratificando i pazienti in base alle loro diverse caratteristiche. Una delle innovazioni più dirompenti è l'introduzione dei *digital twins*, ovvero modelli digitali di pazienti reali. I *digital twins* sono definiti come "un insieme di costrutti informativi virtuali che imitano la struttura, il contesto e il comportamento di un sistema naturale, ingegnerizzato o sociale (o di un sistema di sistemi), vengono aggiornati dinamicamente con i dati del loro gemello fisico, hanno capacità predittive e guidano le decisioni che generano valore. L'interazione bidirezionale tra virtuale e fisico è fondamentale per il gemello digitale" (doi: 10.1016/j.landig.2025.01.007). Tuttavia, i dati clinici che popolano i database con i quali vengono addestrati gli algoritmi possono essere per esempio frammentati, raccolti non in modo rigoroso e schematico, con dati incompleti e, soprattutto in alcuni ambiti, con aspetti di tipo sociale, culturale ed etnico che possono introdurre variabili importanti nell'elaborazione dell'algoritmo. Basti so-

“ Una delle innovazioni più dirompenti è l'introduzione dei *digital twins*, ovvero modelli digitali di pazienti reali.

lo pensare al concetto di dolore e di percezione e significato del segno dolore nelle diverse culture, età e stato sociale. Se l'algoritmo viene addestrato su bias importanti, i risultati di sicurezza ed efficacia ottenuti potrebbero poi non essere riproducibili nella popolazione reale, quando il farmaco sarà in commercio.

Validare i dati sintetici e garantire che riflettano accuratamente la diversità del mondo reale è essenziale per evitare risultati distorti o inconcludenti. Per esempio, una limitazione all'uso dei dati dei pazienti virtuali negli studi clinici è l'incapacità di prevedere eventi avversi che non sono stati riportati nei database con il quale è stato addestrato l'algoritmo di AI generativa. La biologia umana è complessa e tutte le interazioni e gli esiti di una nuova molecola o di un intervento sono impossibili da prevedere. Pertanto, con i dati dei pazienti virtuali potrebbero sfuggire gravi effetti avversi. Inoltre, l'effetto placebo negli studi clinici sui pazienti è reale e porta a migliori risultati per il paziente



anche nel braccio di controllo, ad oggi effetto difficile da simulare nei *digital placebo patients* (doi: 10.1016/j.landig.2025.01.007).

Un'applicazione interessante per AI è il cosiddetto *drug repositioning* o *drug repurposing*, ovvero il riposizionamento di farmaci già esistenti, riducendo i tempi della ricerca. Il baricitinib costituisce un caso di successo emblematico di *drug repurposing* mediato da AI. Il baricitinib, inibitore delle JAK per il trattamento dell'artrite reumatoide, è stato identificato nel 2020 dall'AI *Pharma Benevolent* come potenziale agente terapeutico contro il COVID-19, attraverso l'analisi della letteratura scientifica e delle reti di interazione farmaco-bersaglio condotta mediante algoritmi di AI, sulla base delle sue proprietà antinfiammatorie ed antivirali. Sono stati quindi attivati diversi trial clinici internazionali che hanno portato nel settembre 2021 all'autorizzazione EMA/AIFA per l'uso di baricitinib in soggetti adulti ospedalizzati con COVID-19 grave.

Parallelamente ai traguardi tecnici, i quadri normativi ed etici della FDA e di EMA stanno iniziando a regolamentare aspetti quali trasparenza, bias, responsabilità, proprietà intellettuale e privacy dei dati. In un recente documento congiunto (<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-fda-set-common-principles-ai-medicine-development-0>), EMA e FDA hanno individuato dieci principi per le buone pratiche di AI nel ciclo di vita dei farmaci. I principi forniscono indicazioni generali sull'uso della AI nella generazione di evidenze e nel monitoraggio in tutte le fasi di un farmaco, dalla ricerca iniziale e dagli studi clinici alla produzione e al monitoraggio della sicurezza. Le Aziende dovranno incorporare tali principi, garantendo che i modelli di AI generativa siano ben documentati, privi di pregiudizi e riproducibili per gli Enti regolatori.

Sfide e incognite rimangono: l'AI generativa sta chiaramente accelerando la scoperta precoce e potenzialmente migliorando i tassi di successo delle sperimentazioni cliniche di fase I, con molecole che mostrano un successo di circa l'80%-90% rispetto a circa il 52% di quanto avviene con il disegno di uno studio di fase I con "metodi tradizionali". Ad oggi, non ci sono ancora dati che di-

“ Saranno sempre più importanti le competenze differenziate e la collaborazione interdisciplinare tra esperti di AI, chimici farmaceutici, biologici, farmacologi e clinici.

mostrino una percentuale di successo migliore nelle fasi II e III, ovvero quando, si valuta la sicurezza e l'efficacia nei pazienti arruolati. Ci vorranno alcuni anni per sapere se le scelte della AI si tradurranno in una maggiore efficacia o in un minore abbandono negli studi registrativi di fase III.

Per concludere, un paio di riflessioni:

1. saranno sempre più importanti le competenze differenziate e la collaborazione interdisciplinare, poiché una scoperta di successo guidata dalla AI generativa richiede che esperti di AI, chimici farmaceutici, biologi, farmacologi e clinici lavorino insieme, condividendo le competenze ed il *know-how* di ciascuno.
2. La AI generativa promette grandi potenzialità per il miglioramento di tutte le fasi del ciclo di vita del medicinale. In diversi aspetti (gestione dei dati, informativa e consenso, rigore statistico), la normativa europea di *drug development* attualmente in vigore è direttamente applicabile anche alla AI. Tuttavia, l'uso di modelli di AI generativa con un numero eccezionalmente elevato di parametri addestrabili, organizzati in architetture non trasparenti, introduce nuovi rischi che devono essere mitigati, sia durante lo sviluppo che durante l'implementazione del modello, per garantire la sicurezza dei pazienti e l'integrità dei risultati degli studi clinici. Saranno quindi fondamentali quadri etici, normativi e di sicurezza appropriati, sviluppando regolamenti chiari sulla privacy e sulla proprietà dei dati. ■

Tecnologia e incertezza diagnostica: dall'intolleranza alla tolleranza condivisa

Giuseppe Belleri

già Medico di Medicina Generale a Flero

Introduzione

Alla fine del secolo scorso un crescente numero di assistiti veniva in studio chiedendo di “fare tutti gli esami”. Con i colleghi della zona decidemmo di quantificare il fenomeno, tipico della medicina generale, per comprenderne le motivazioni. Con un certo stupore scoprimmo che su 638 prescrizioni il 30% erano indotte dagli assistiti, la metà dei quali

non lamentava alcun sintomo o disturbo (Astori e coll. 2003). La motivazione prevalente era il bisogno di avere una conferma dello stato di buona salute (esigenza espressa dai 2/3 dei cosiddetti “sani preoccupati”).

Evidentemente una quota rilevante di assistiti avvertiva una condizione di precarietà, insicurezza e incertezza riguardo al proprio stato di salute e riteneva insufficienti le assicurazioni fornite dal medico con il colloquio e la visita. Tuttavia, non si deve ritenere che il medico sia immune da un’analoga incertezza. Per entrambi gli attori la tecnologia diagnostica, in quanto fonte di informazioni oggettive affidabili, è la principale risorsa per contrastare l’incertezza, oggetto delle successive considerazioni.

L’incertezza non ha una buona fama in medicina e spesso viene confusa con l’ignoranza o con deficit di preparazione, sciattezza o superficialità professionale. Fino agli anni Cinquanta del secolo scorso

“ Lo studio e la pratica della tolleranza per l’incertezza sono stati definiti come la prossima rivoluzione medica.



peterscheiber.media - stock.adobe.com

il tema era una sorta di tacito tabù; è stata la sociologa americana Fox ad indagare per prima l'argomento in ambito universitario, descrivendo tre forme di incertezza tra i medici in formazione: l'incertezza sulla propria preparazione o competenza clinica, quella dovuta ai limiti delle conoscenze disponibili e l'incertezza per la difficoltà nel distinguere tra ignoranza personale e deficit collettivo del sapere medico.

Se l'insicurezza dei giovani alle prime armi è comprensibile dovevano trascorrere altri decenni prima che anche i professionisti navigati si interrogassero sui risvolti cognitivi, emotivi e comportamentali delle loro esitazioni e tentennamenti. A partire dagli anni Ottanta del secolo scorso sono proliferate le ricerche in questo campo con l'obiettivo di definire, descrivere e valutare le conseguenze dell'incertezza in clinica, sul nesso con la tecnologia e l'impatto sulla relazione di cura (per una rassegna in italiano si veda Bianchi Di Giovanni 2023 e Parisi Kurotschka 2022).

Incerteza in medicina: definizioni e approcci

Come spesso capita con i concetti astratti una definizione chiara e distinta è difficile, una indeterminatezza a cui paradossalmente non sfugge nem-

“ Bisogna fare della tolleranza all'incertezza un obiettivo esplicito della formazione curricolare.

meno l'incertezza stessa. Bhise e coll., nella loro ampia revisione del 2018, ne elencano una decina e nelle conclusioni propongono questa: “la percezione soggettiva dell'incapacità di fornire una spiegazione accurata del problema di salute del paziente”. Un ricercatore in MG (Greenhalgh, in Sommers 2013) analizza l'incertezza da diverse prospettive, accomunate dalla “*percezione soggettiva di non sapere cosa pensare o cosa fare*”; Hillen e coll. (2017) ne propongono una integrata composta da tre fonti: l'ambiguità delle informazioni, la complessità biologica e la probabilità aleatoria. Infine, secondo *Smoking* e Armstrong (2019) sul piano cognitivo la pratica medica comporta due forme di incertezza:

- un'incertezza “naturale”, dovuta alla variabilità intrinseca nei risultati clinici e all'imprevedibilità della risposta del singolo paziente (incertezza aleatoria per la varietà, unicità, instabilità e complessità della casistica);
- una incertezza causata dall'imperfezione della nostra conoscenza, per deficit di affidabilità



e accuratezza delle informazioni, avversione al rischio e all'ambiguità, discordanza tra dati clinici (incertezza epistemica personale, per carenza di conoscenze e competenze, e collettiva per i limiti dell'impresa scientifica).

La pandemia, ad esempio, è stata un'esperienza collettiva e individuale di incertezza radicale, sia naturale che epistemica. Avendo evocato il concetto di rischio è d'obbligo introdurre una distinzione concettuale rispetto all'incertezza, formulata dall'economista Frank Knight nel 1921, che resta un punto di riferimento. Il rischio conosciuto riguarda situazioni in cui gli esiti futuri sono quantificabili, in quanto se ne può stimare la probabilità sulla base dalla frequenza di un evento, ad esempio il rischio CV, mentre l'incertezza (rischio sconosciuto) si riferisce a condizioni in cui la probabilità frequentistica non è conoscibile o quantificabile in modo rigoroso, come accade per gli eventi unici.

L'ospedale e il territorio: ecologia dell'incertezza

Per comprendere la natura dell'incertezza, è necessario collocarla nella cornice della razionalità ecologica, in cui gli ambienti organizzativi generano, amplificano o mitigano specifiche forme di nonconoscenza. Per molto tempo l'incertezza è stata confusa con l'impreparazione del medico e per certi versi rimossa per i suoi effetti perturbanti, sul piano cognitivo, emotivo e comportamentale.

L'incertezza è una proprietà emergente dal contesto in cui si svolge la pratica clinica. La diagnosi in ospedale è il risultato di un processo collettivo, situato e mediato da vari attori, in un ambiente ad elevata densità tecnologica ed informativa. Nel nosocomio la conoscenza è distribuita in un ecosistema organizzativo, ricco di competenze professionali e tecniche – radiologici, laboratoristici, consulenti specialistici, protocolli standardizzati, sistemi informativi – in grado di mitigare l'incertezza. L'ospedale è dunque il luogo in cui l'incertezza epistemica viene controllata efficacemente anche se non viene annullata, mentre quella aleatoria – legata alla variabilità biologica e alla risposta individuale ai trattamenti – permane.

In sede extra ospedaliera, al contrario, la conoscenza è concentrata nella figura del generalista, che opera in solitudine cognitiva. I pazienti non sono selezionati, i sintomi sono spesso aspecifici o atipici, la prevalenza pretest delle malattie gravi è bassa e la disponibilità di strumenti diagnostici è limitata. L'incertezza epistemica è elevata e dif-

“ Spesso i pazienti ritengono insufficienti le rassicurazioni fornite dal medico con il colloquio e la visita.

ficile da mitigare. La diagnosi è processo iterativo che richiede tolleranza facendo leva su *followup* e rivalutazioni informative incrementali, revisione *bayesiana* della stima probabilistica e monitoraggio proattivo delle traiettorie cliniche.

Risposte individuali e conseguenze: l'intolleranza all'incertezza

Nelle due ecologie organizzative la tecnologia gioca un ruolo differenziale nella tolleranza/intolleranza per l'incertezza, in particolare per l'asimmetria informativa tra contesto territoriale ed emergenziale. In teoria l'ampia disponibilità di accertamenti clinici consente di ridurre l'incertezza epistemica, senza però annullarla. Anzi in alcune circostanze gli esiti degli esami possono essere paradossalmente fonte di ulteriori dubbi interpretativi, ad esempio per il rischio di falsi negativi o positivi, esiti operatore dipendente, reperti incidentali, riscontri al confine tra fisiologia e patologia, varianti anatomiche e discrepanza tra esiti strumentali e sintomatologia.

La risposta dei medici all'incertezza diagnostica varia dalla tolleranza all'intolleranza, in un continuum delimitato da due estremi:

- da un lato l'intolleranza si traduce in perfezionismo diagnostico e nella tendenza a prescrizioni difensive, per una forma di autotutela dal rischio di contenziosi medico-legale, che può condurre alla sovradiagnosi e al sovratattamento;
- dall'altro la negazione dell'incertezza induce bias cognitivi, come chiusura anticipata, ricerca soddisfatta, bias di omissione, conferma o ancoraggio (Cunningham 2025), disattenzione selettiva o adesione acritica a standardizzazioni, protocolli e percorsi diagnostici (*doctor protocol*).

Due particolari condizioni cliniche illustrano le conseguenze dell'incertezza diagnostica:

- a livello collettivo le prime ondate di Covid-19 hanno posto medici e pazienti di fronte ad una carenza e ambiguità informativa sul piano dell'incidenza, della letalità, degli strumenti

“ Non si deve ritenere che il medico sia immune da incertezze.

diagnostici e di protezione individuale, di linee guida gestionali e terapie efficaci;

- a livello individuale i cosiddetti MUS, ovvero i soggetti con *medically unexplained symptoms*, pongono dilemmi e dubbi diagnostici che restano tali anche dopo innumerevoli accertamenti e consulenze.

Il generalista britannico Tomson (1978) ha invocato per primo la tolleranza per l'incertezza come virtù del professionista riflessivo che agisce in un contesto caratterizzato da informazioni incomplete, limitate, ambigue o contrastanti. Per compensare il deficit tecnologico il generalista fa leva sulla continuità assistenziale, sull'anamnesi accurata, sull'utilizzo strategico della risorsa tempo, sulla condivisione delle decisioni e dell'incertezza con il paziente.

La tolleranza per l'incertezza è un tratto distintivo e quasi ontologico della professione sul territorio,

che tuttavia è oggetto di formazione per preparare i tirocinanti a reggere sul lungo periodo gli effetti dei dubbi decisionali: dalle indagini svolte è emersa una correlazione tra intolleranza all'incertezza e stress, *burn-out*, depressione, insoddisfazione professionale e defezione pensionistica.

Conclusioni

Le due ecologie decisionali influenzano la gestione dell'incertezza e la relazione con la tecnologia: la medicina generale filtra, osserva e sfrutta la risorsa tempo mentre l'ospedale approfondisce, conferma e interviene. L'incertezza si distribuisce diversamente nei due contesti, ma nessuno dei due ne è privo o immune. Lo studio e la quantificazione dell'incertezza sono considerati la prossima rivoluzione medica (Simpkin 2016) mentre per Belhomme e Coll (2022) sarebbe opportuno fare della tolleranza un obiettivo esplicito della formazione curricolare, per far sì che i professionisti della salute siano “a proprio agio in situazioni di incertezza”, sul piano cognitivo, emotivo, deontologico (Parisi 2023) e delle decisioni condivise nella relazione di cura.

Bibliografia

- Astori P. e coll. (2003) “VORREI FARE TUTTI GLI ESAMI” Ricerca osservazionale quali-quantitativa sulla prescrizione di esami indotta dalla richiesta degli assistiti in MG, *Ricerca & Pratica*, N.114
- Belhomme N e coll. (2023) Faire de la tolérance à l'incertitude une compétence. *Rev Med Interne*. Jan;44(1):27-30.
- Bianchi A, Di Giovanni P (2022) *L'incertezza in medicina. Conoscerla e tollerarla. Really New Minds*, Amazon KDP
- Bhise V et al. (2018) Defining and Measuring Diagnostic Uncertainty in Medicine: A Systematic Review. *J GEN INTERN MED* 33, 103–115
- Cunningham N. et al. (2025) Demystifying cognitive bias in the diagnostic process for frontline clinicians and educators; new words for old ideas, *Diagnosis*; 12(3): 322–332
- Hillen MA et al. (2017) *Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare*. *Soc Sci Med*;180:62-75.
- Parisi G, Kurotschka PK (2022) Dalla medicina basata sulle evidenze alla decisione condivisa con il paziente: come gestire l'incertezza nella pratica clinica. *Recenti Prog Med*. 2022 May;113(5):305-316
- Parisi G (2023) Per una deontologia dell'incertezza, Il Punto, 27 febbraio 2023. Consultabile al sito: <https://ilpunto.it/professione/per-una-deontologia-dellincertezza/>
- Simpkin AL, Schwartzstein RM (2016) Tolerating uncertainty — the next medical revolution? *N Engl J Med*;375:1713–1715.
- Simpkin AL, Armstrong KA (2019) Communicating Uncertainty: a Narrative Review and Framework for Future Research. *J Gen Intern Med*. Nov;34(11):2586-2591.
- Sommers LS, Launer J (2013), *Clinical Uncertainty in Primary Care: The Challenge of Collaborative Engagement*, Springer Science+Business Media New York
- Thomson GH (1978) Tolerating uncertainty in family medicine. *J R Coll Gen Pract*. Jun;28(191):343-6.

Sudan: una tragedia dimenticata

Gianpaolo Balestrieri

Ospedale di Comunità Fondazione Richiedei di Gussago



Progettato da Freepik - www.freepik.com

El Fasher è una città del nord Darfur nel Sudan devastato dalla guerra civile in atto dall'aprile 2023. Nell'ottobre scorso, dopo un lungo assedio, il gruppo paramilitare RSF (*Rapid Support Forces*) ha preso la città, difesa dalle forze armate sudanesi (SAF). Esecuzioni sommarie, massacri, violenze sessuali su vasta scala ne sono seguiti. Il numero delle vittime in pochi giorni pare abbia superato quello, pur enorme, della guerra di Gaza¹.

Nella attuale, convulsa, fase storica, l'attenzione dei media è rivolta agli scenari di guerra del Medio Oriente e dell'Ucraina. Il Sudan non desta attenzione. Ma quella sudanese è stata definita dai rappresentanti dell'OMS come la più grave emergenza umanitaria attuale. Due terzi della popolazione (circa 33,7 milioni di persone) avranno bisogno di assistenza quest'anno, di cui 23 milioni sperimenteranno carenza di cibo. Si contano più di 13 milioni di profughi.

La guerra civile si frammenta a livello locale e regionale con conflitti a dimensioni in parte etniche, in parte di puro controllo dei territori e delle loro risorse. È una guerra locale con soste-

gni internazionali (Arabia Saudita, Egitto, Etiopia favorevoli alle SAF, Emirati Arabi Uniti pro RSF).

La ferocia della guerra con massacri e violenze sessuali sistematiche ha assunto una gravità genocidaria, con una conta dei morti, non determinata con sicurezza, che oscilla tra 150 e 400000 vittime.

Il sistema sanitario è al collasso. Il crollo delle coperture vaccinali, della disponibilità di acqua, delle condizioni igieniche, determinano un'impennata di casi di colera, morbillo, pertosse, malaria. Gli stessi operatori sanitari sono obiettivi di guerra. L'OMS ha accertato 201 attacchi a centri sanitari da aprile 2023 a dicembre 2025 con 1808 morti e 490 feriti.

Difficoltà logistiche e corruzione, il conflitto stesso, ostacolano gli aiuti, già pesantemente ridotti con l'amministrazione Trump (smantellamento della *US Agency for International Development*, *US Aid*).

Tuttavia, associazioni locali di volontariato si prodigano in condizioni estreme nel fornire assistenza sanitaria nelle epidemie

“Quella sudanese è stata definita dai rappresentanti dell'OMS come la più grave emergenza umanitaria attuale.

di colera, nel creare spazi sicuri per le vittime di violenza sessuale, nel dare cibo ai profughi. Attive anche organizzazioni internazionali, come *Médecins sans frontières* e la nostra *Emergency*. *Emergency* ha mantenuto aperto a Karthoum il centro cardiocirurgico “Salam” nonostante i vicini combattimenti e le difficoltà nell'approvvigionamento ed i centri pediatrici a Karthoum, Port Sudan, Nyala. Come testimonia Matteo D'Alonzo, responsabile locale per *Emergency*: “Le vittime di questa guerra sono soprattutto i civili, i bambini e le donne. Non dimentichiamo il Sudan.”

In un mondo fuori controllo, anche tragedie come quelle del Sudan non vanno scordate. ■

¹ Health and war in Sudan. Devi S. The Lancet 2026; 497: 1131-1134

Salviamo i denti naturali!



Gianmario Fusardi
Presidente Commissione Albo Odontoiatri (CAO)

Salvare i denti naturali significa tutelare molto più del sorriso: vuol dire preservare salute, autonomia e qualità della vita.

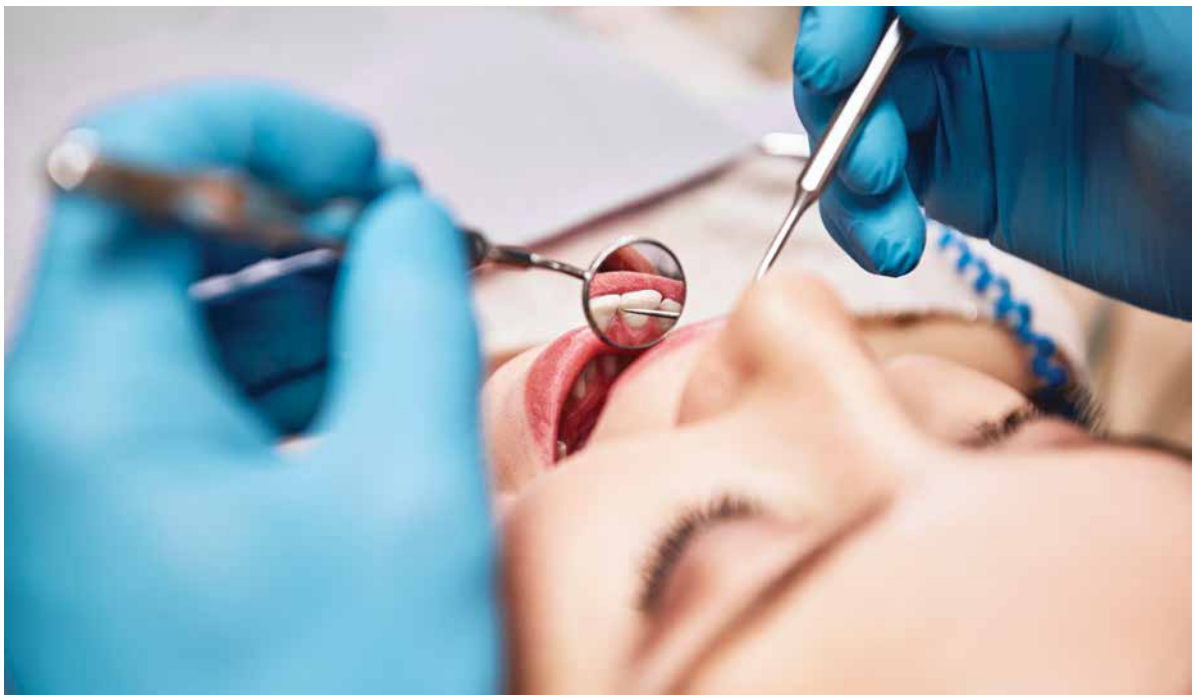
Oggi, grazie alle consolidate acquisizioni in ambito odontoiatrico, è sempre più possibile evitare l'estrazione intervenendo in modo precoce con terapie conservative, capaci di mantenere funzionalità masticatoria ed equilibrio generale dell'organismo.

Non mi stanco di ribadirlo come presidente della Commissione Albo Odontoiatri richiamando l'attenzione sull'importanza di un approccio clinico fondato

sull'appropriatezza delle cure.

Il tema è stato al centro di un recente convegno che abbiamo organizzato insieme alla Commis-

“ Le cause della perdita dei denti possono essere diverse, ma molte risultano prevenibili o trattabili con terapie adeguate.



sione Albo odontoiatri nazionale e all'Accademia italiana di Endodonzia, con l'obiettivo di contrastare un orientamento talvolta condizionato da logiche commerciali, che porta a proporre con eccessiva facilità la sostituzione dei denti con impianti, presentati come la soluzione più rapida e quindi preferibile. Non è possibile accettare che si sedimenti tale convinzione nell'utenza in modo acritico perché fuorviante e comunque svilente per la nostra professione, che si caratterizza per la propensione a "curare" e a "prenderci cura" prima che a "sostituire".

Constato che si sta diffondendo l'idea che l'impianto sia eterno, ma non è così. **La priorità deve restare il mantenimento del dente naturale, quando le condizioni cliniche lo consentono.** Applicando alla popolazione provinciale i dati epidemiologici nazionali, si può stimare che circa 100.000 bresciani over 65 e 25.000 under 65 abbiano perso tutti i denti naturali, mentre sarebbero circa 300.000 i cittadini che convivono con l'assenza di uno o più denti.

Le cause della perdita dei denti possono essere diverse, ma molte risultano prevenibili o



Da sinistra: Gianmario Fusardi, Piero Alessandro Marcoli per AIE, Sara Geretto, Chiara Cioffi

“ La priorità deve restare il mantenimento del dente naturale.

trattabili con terapie adeguate, come nel caso della carie o della parodontite, patologia che interessa 6 persone su 10 a livello globale. Nonostante ciò, c'è chi rinuncia alle cure e opta direttamente per la sostituzione, talvolta rivolgendosi a strutture all'estero. A questo proposito **il turismo dentale coinvolgerebbe ogni anno tra i tremila e i quattromila bresciani.** Sul fenomeno sembra essersi in effetti sviluppata una maggiore sensibilità anche a livello naziona-

le, ma mancano ancora risposte concrete sul piano normativo. Tra le mete più gettonate per i bresciani ci sarebbero Albania, Croazia, Romania, Turchia, come è emerso da un recente sondaggio ordinistico.

Proseguo insieme alla CAO Brescia a mantenere alta la vigilanza su questi fenomeni affinché l'affidamento all'odontoiatra possa essere il più scervo da interessi diversi rispetto alla tutela della salute.

Per una nuova sensibilità nell'arte medica

Giuseppe Remuzzi

In punta di piedi

Recensione a cura di Angelo Bianchetti

Nell'attuale panorama della medicina iper-specialistica, dove l'algoritmo e l'evidenza biochimica sembrano dettare l'agenda della cura, il rischio più insidioso per il clinico è lo smarrimento della dimensione del "limite". Giuseppe Remuzzi, nel suo ultimo saggio "In punta di piedi" (Mondadori), ci riconnette con una forza calma ma dirimpante alla realtà più ineludibile della nostra professione: la gestione del fine vita. Il volume non è solo una riflessione filosofica, ma un vero e proprio "manuale di postura" etica per il medico moderno. Il titolo è una dichiarazione d'intenti: entrare nella stanza di un paziente che percorre l'ultimo miglio richiede una grazia che non si apprende sui manuali di fisiopatologia. Remuzzi, con la consueta lucidità scientifica venata di profonda partecipazione umana, sposta il baricentro del discorso dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento consapevole. Il cuore pulsante del libro risiede nell'analisi del conflitto tra il principio di beneficenza e quello di autonomia. Remuzzi affronta il superamento del paternalismo medico, rivendicando il diritto del paziente a essere l'unico

arbitro della propria dignità. L'autore esplora il delicato equilibrio delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), non come meri atti burocratici, ma come strumenti di alleanza terapeutica. In questo senso, la bioetica di Remuzzi è una bioetica della relazione: il medico non è un mero esecutore di volontà, né un decisore assoluto, ma un "facilitatore di consapevolezza" che aiuta il malato a navigare l'incertezza. Un capitolo cruciale è dedicato alla distinzione, spesso ancora confusa nel dibattito pubblico, tra eutanasia e sedazione palliativa profonda. L'Autore sostiene la necessità di garantire a ogni individuo il sollievo dalla sofferenza refrattaria, intesa non come una "resa" della medicina, ma come l'applicazione più alta del dovere di cura. Citando figure come l'arcivescovo Desmond Tutu, l'autore cerca di ricomporre la frattura tra visione laica e religiosa, trovando un terreno comune nel rispetto del corpo che soffre. Il confine bioetico tracciato è chiaro: la medicina deve combattere la morte finché c'è spazio per la vita, ma deve avere l'umiltà di fermarsi quando la sopravvivenza biologica diventa una prigione di dolore. In un sistema sanitario spesso



congestionato e spersonalizzato, "In punta di piedi" è un monito contro l'indifferenza tecnologica. Sebbene la missione del medico sia preservare la salute, esiste un momento in cui il successo clinico non coincide più con la durata della vita, bensì con la qualità del congedo. Per il medico lettore, questo libro rappresenta un invito alla lentezza e all'ascolto attivo. Ci esorta a non guardare altrove quando la tecnica esaurisce le sue frecce, ricordandoci che è proprio lì, sulla soglia del mistero, che l'arte medica esprime la sua forma più pura di umanità. È una lettura necessaria per riscoprire che curare, a volte, significa semplicemente restare, in silenzio, rispettando il passo di chi se ne va.

In punta di piedi
di Giuseppe Remuzzi
Mondadori, 2025
Pagine 144
Euro 17,10

Marco Trabucchi

Invecchiare non fa paura

Recensione a cura di **Renzo Rozzini**

“Invecchiare non fa paura” di Marco Trabucchi (prefazione di Luciano Manicardi, San Paolo Edizioni, 2025) è un libro che affronta il tema della vecchiaia con sguardo insieme realistico e profondamente umano. L'intento è chiaro: liberare l'invecchiamento dalle paure, dagli stereotipi e dalle narrazioni negative che lo accompagnano nella società contemporanea. Il volume si inserisce in un contesto culturale in cui l'anzianità è spesso percepita come perdita, declino e marginalità. La prefazione mette a fuoco questo problema, evidenziando come la società della prestazione tenda a considerare l'anziano inutile, quasi uno “scarto”, incapace di contribuire a un sistema fondato su produttività ed efficienza. Trabucchi si oppone a questa visione riduttiva, proponendo invece un'idea di vecchiaia come fase vitale, dotata di senso e possibilità. Il libro è equilibrato tra rigore scientifico e sensibilità umana, non indulge in facili illusioni: riconosce la fragilità, le malattie e le limitazioni che possono accompagnare l'età avanzata. Tuttavia, evita accuratamente sia il pessimismo sia il mito

dell'“invecchiamento perfetto”. Piuttosto, propone una visione concreta e accessibile: invecchiare bene è possibile, ma richiede consapevolezza, responsabilità e scelte quotidiane.

Di grande interesse è l'attenzione data al ruolo dei fattori ambientali e degli stili di vita. Il libro sottolinea come elementi come attività fisica, condizioni sociali e abitudini incidano più dei fattori genetici sulla qualità e durata della vita e dà al lettore un senso di controllo e di libertà: non tutto è predeterminato, e ciascuno può contribuire attivamente al proprio percorso di invecchiamento.

Trabucchi evita ogni atteggiamento prescrittivo e offre invece suggerimenti progressivi e rispettosi della libertà individuale. Questa scelta rende il libro particolarmente accessibile e adatto a un pubblico ampio, non solo agli specialisti.

Un ultimo elemento rilevante è la dimensione etica e relazionale dell'invecchiamento. La vecchiaia non è descritta solo come un fatto biologico, ma come una fase che interpella il senso della vita, le relazioni e



la responsabilità verso gli altri. La fragilità, lungi dall'essere un limite da nascondere, diventa una risorsa capace di generare empatia e cura.

“Invecchiare non fa paura” è un libro che coniuga competenza scientifica e profondità umana, offrendo una prospettiva equilibrata e incoraggiante. Non promette miracoli né soluzioni facili, ma invita a guardare alla vecchiaia con realismo e fiducia. È una lettura che non si limita a informare, ma aiuta a cambiare il modo in cui guardiamo al tempo che passa.

Invecchiare non fa paura
di Marco Trabucchi
San Paolo Edizioni, 2025
Pagine 200
Euro 17,10

CASI CLINICI

Renzo Rozzini

Direttore Programma "Benessere, Salute, Longevità" Fondazione Poliambulanza – Istituto Ospedaliero di Brescia, consigliere Ordine dei Medici di Brescia

Pensarne e parlarne bene

La signora Maria, 76 anni, vedova, non sta bene. Sono sei mesi che non sta bene, sono sei mesi che fa esami di ogni tipo, del sangue, ecografie, radiografie, TAC, risonanze: negativi. Viene in ambulatorio accompagnata dal figlio col quale vive. Non sta bene. Sono sei mesi che ha capito che il figlio prima o poi, presto, andrà a vivere con l'attuale fidanzata, uscirà di casa. Ovviamente è felice che il figlio abbia trovato la donna adatta a lui, già...ovviamente.

La signora Giovanna ha 82 anni, è vedova da più di cinquant'anni. Quando il marito è morto ha continuato da sola la loro attività commerciale, un negozio di cal-

“Ogni volta che entra un paziente in ambulatorio, ogni volta che ne visito uno in corsia è una storia nuova.

zature. Ha cresciuto le quattro figlie con durezza, non avrebbe potuto fare diversamente. Le figlie si sono sposate, a loro volta hanno avuto figli, belle famiglie; tuttora sono succubi della madre che dicono non aver mai dato loro una carezza, un bacio. Col tempo oltre al decadimento cognitivo, il carattere si è ulteriormente irrigidito, lei non è mai contenta e le ricatta con malattie vere o immaginate facendole sentire in colpa (con sacrifici immensi le ha fatte crescere...). È sempre più egoista. Quando le chiedo con chi vive, dice da sola, ma sola non è mai, ha già cambiato almeno venti badanti, alle quali lesina cibo e riscaldamento (le fa dormire in una stanza con termosifone spento) e che naturalmente le rubano detersivi e biancheria.

Il signor Romolo, 79 anni, è accompagnato dalla moglie e dal figlio. Appena si siede dice di non essere sordo, che è inutile che alzi la voce. Ha lavorato come fornai-
o fino a quarant'anni ("fino a cinquanta", dice la moglie), poi ven-

duto l'esercizio ("è stato un affare, il negozio me lo invidiavano tutti") ha fatto il rappresentante di farine per fornerie e pasticcerie per dieci anni ("cinque" dice la moglie) ("i miei vecchi clienti quando mi incontrano mi ricordano ancora") e infine di prodotti per la ristorazione ("i migliori li avevo io"). Quando la moglie interviene per spiegarmi il motivo della visita, che lui giudica inutile, l'hanno costretto i figli, la zittisce. Ha perso la memoria, ma non la prepotente maleducazione.

Ogni volta che entra un paziente in ambulatorio, ogni volta che ne visito uno in corsia è una storia nuova. Il più delle volte le vite non sono edificanti, anzi, spesso ho a che fare con la parte meno buona delle persone, con le loro miserie, certamente la malattia non facilita il nascondimento dei nostri lati peggiori.

Quando li ascolto provo ugualmente a scovarne il lato buono.

Cerco qualcosa che mi motivi a fare meglio il mio lavoro oppure è solo scetticismo maturato in tanti anni di professione, do per scontato che non potrò incidere sulla loro vita, lo considero un'impresa inutile e che meglio evitare coinvolgimenti emotivi negativi?

D'altronde non si dice sempre bene anche quando si parla dei morti?



Foto di Valentin Boloni su Unsplash

Visita domiciliare

Ha 71 anni. Arriva in reparto dopo una settimana di diarrea incoercibile. È sofferente, disidratato, fatica a stare in piedi, parla a frasi brevi. La barba non è fatta. La moglie risponde al posto suo.

Lo idrato. In due giorni l'infezione intestinale si risolve. Il corpo migliora, l'umore no. Resta a letto, si alza solo per uscire sul terrazzino a fumare. Sul comodino tiene un libro di Arthur Schnitzler. Mi chiede di fermarmi a parlare. Non dell'intestino.

La moglie racconta che da me-

“È con la visita domiciliare che il quadro inizia a comporsi.

si è “giù”: si sveglia sempre più presto, al mattino è intrattabile, la sera sembra andare un po' meglio, poi va a letto subito dopo cena. Lui ascolta, annuisce. Dice che qui sta bene. Che l'ospedale, almeno, è silenzioso. Chiede se può restare ancora qualche giorno.

Lo dimetto guarito dall'infezione, con una diagnosi aggiuntiva di disturbo depressivo e una terapia iniziata.

Due settimane dopo la moglie mi chiede una visita a domicilio: non ha energia per tornare in ospedale. Vado. La casa è magnifica e soffocante. Quadri ovunque, sculture su ogni mobile, statue in giardino. Nessuno spazio vuoto. Come se, nei momenti migliori, nulla fosse mai abbastanza. Seduto in salotto, circondato da opere d'arte, appare più stanco che in reparto. Qui il silenzio pesa di più.

È con la visita domiciliare che il quadro, fino ad allora parziale, inizia a comporsi; da lì, anche la terapia trova la direzione che risulterà efficace. ■

“Insider information”

Mia figlia, a tavola, ha raccontato una storia. Riguarda la nonna della sua migliore amica, che è anche sua compagna di classe. La donna è partita all'improvviso per il Centroamerica, con il pretesto di una vacanza. In realtà, è andata a cercare il figlio, da tempo “disperso”. Un uomo fragile, lo “zio debole”. Per anni ha condotto una vita sregolata, tra sostanze e spese incontrollate, dilapidando una parte consistente del patrimonio familiare. I fratelli, per salvare l'azienda, sono stati costretti a liquidarlo. Poi è sparito, senza lasciare tracce.

Dopo due anni, però, si è fatto vivo. Non con tutti: solo con la madre. In segreto. E lei non ha esitato: ha inventato un viaggio, lo ha raggiunto, gli ha portato denaro. Perché è questo che lui continua a chiedere.

La nipote sa tutto. È stata lei a insegnare alla nonna a usare la posta elettronica, e conosce la sua password. Ha mantenuto il segreto con i genitori, ma non con la sua migliore amica.



Foto di Tom Wilson su Unsplash

“Le informazioni che ho non dovrei averle e usarle significherebbe oltrepassare un confine.

Quando la donna si presenta in ambulatorio, accompagnata dalla figlia con cui è in continuo contrasto, mi parla dei suoi disturbi fisici. Ma fin da subito ho l'impressione che il problema non sia lì. Che la sofferenza abiti altrove.

Mentre la ascolto, il racconto di mia figlia riemerge. I contorni si chiariscono, come una nebbia che

si dirada. Intuisco il terreno su cui mi sto muovendo.

Eppure, non posso spingermi fino in fondo.

Le informazioni che ho non dovrei averle. Non provengono da lei, né dal contesto clinico. Non le ho ottenute in modo illecito, certo, ma restano esterne alla relazione terapeutica. Usarle significherebbe oltrepassare un confine.

E tuttavia, proprio quelle informazioni potrebbero aiutarmi a comprendere la sua sofferenza.

Resto in bilico. Procedo con cautela, senza nominare ciò che so.

Aspetto. Se questa visita è stata utile, tornerà. E forse, allora, sarà lei a raccontarmi ciò che ancora non posso sapere. ■

Il ricordo dei medici che ci hanno lasciato

Dottor Alberto Landi

Alberto, mio marito, nella vita ha svolto la sua attività di ortopedico prima presso l'ospedale di Esine, per poi trasferirsi nel 2000 all'ospedale di Montichiari per essere più vicino a noi, la sua famiglia. La sua cultura eclettica, che spaziava dalle scienze alla storia, lo ha portato a scrivere saggi relativi al suo lavoro, ma anche a coltivare molte passioni diverse tra loro: dal modellismo ai viaggi, dallo sport all'araldica, fino al disegno e al dipinto.

Sono innamorata di mio marito ma soprattutto sono innamorata della sua intelligenza: mi piaceva parlare con lui, ascoltarlo ed imparare ciò che aveva avuto modo di apprendere e approfondire. Con i nostri figli era affettuoso e coccolone, ma sapeva essere severo e autorevole. Nell'incipit di una delle sue pubblicazioni ha scritto "in fondo al tunnel, una luce". E dopo una vita passata attraverso esperienze di felicità, di dolore e di amore, dopo aver compiuto un percorso di conversione, ci ha insegnato con il suo esempio che la vita è sempre degna di essere vissuta fino in fondo. L'ha fatto senza mai dare segnali di insofferenza, anzi col sorriso.

Fino a quando, in fondo al tunnel, una Luce.

dott.ssa Palmira Facchi

Quando ho aperto quella finestra e ti ho trovato a terra, senza saperlo stavo aprendo una finestra su quello che è stato il nostro presente fino a oggi. Anni difficili e intensi, vissuti con il pensiero costante alle tue fragilità e ai tuoi bisogni, ma senza mai percepirla come un sacrificio — solo scelte che abbiamo voluto fare, con amore. A modo tuo, mi hai insegnato il valore della Responsabilità, specialmente in ambito familiare. Ma non è stato l'unico insegnamento: da te ho imparato quanto l'Ironia, col giusto dosaggio, possa aiutare a saldare legami che non fiorirebbero mai se annaffiati soltanto con serietà e formalismo. Mi hai trasmesso anche l'importanza delle Passioni: molte delle tue sono diventate le mie, le nostre. Sono diventate questioni di famiglia, un collante che ci ha tenuti uniti e ci ha regalato momenti di leggerezza, di evasione dalla ripetitività della quotidianità. Quando le vivrò, ti penserò. Si dice che diventare adulti significhi rendersi conto di essere simili ai propri genitori.

E io mi auguro davvero che sia così, perché con Voi ho avuto un esempio meraviglioso.

Enrico Landi

Dott.ssa Daniela Vigato

Da poco si è spenta improvvisamente la Dott.ssa Daniela Vigato, medico odontoiatra stimato.

La dottoressa, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università Statale di Milano, aveva lavorato in Poliambulanza nel reparto di Chirurgia Generale come assistente del Dott. Bicci. Aveva poi scelto di intraprendere l'attività odontoiatrica.

La sua gentilezza abbinata alla sua umanità e competenza è stata riconosciuta dalle tante testimonianze di solidarietà e cordoglio ricevute dai famigliari, da parte di tanti pazienti e colleghi.

Affranti, la sorella Alessandra e i famigliari tutti la vogliono salutare con una frase del poeta Kahlil Gibran che le era particolarmente caro: "La vita non è una questione di come sopravvivere alla tempesta, ma di come danzare nella pioggia".

Alessandra Vigato e famigliari

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Brescia ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente

Dott.ssa Adriana Baraldi

Dott. Fernando Carpina

Dott.ssa Mariateresa Cerquaglia

Dott.ssa Luisa Delcassi

Dott. Paolo Frasca

Dott. Gianfranco Lombardi

Dott.ssa Graziella Mangano

Dott. Vittorio Merulla

Dott. Pier Andrea Miglioli

Dott. Armido Quadri

Dott.ssa Luisa Salmoiraghi

Dott. Alessandro Starace

Dott. Mauro Terlisio

Dott. Giovanni Tignonsini

Dott.ssa Daniela Vigato

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze

Come nel Triangolo delle Bermude



Il tema del viaggio ricorre spesso nella nostra narrazione. Che sia una scelta, o piuttosto il necessario adattarsi allo scorrere del tempo e del progresso, il tema porta con sé quell'aura di mistero e di apprensione che sempre si accompagna all'ignoto. E davanti alla velocità del progresso, del tumultuoso divenire della scienza, siamo pervasi dal dubbio di essere realmente pronti ad affrontare quel che il viaggio ci porterà – quasi fosse un passaggio nel famigerato Triangolo delle Bermude – o di aver scordato di mettere in valigia la nostra “buona provvista per il viaggio”.

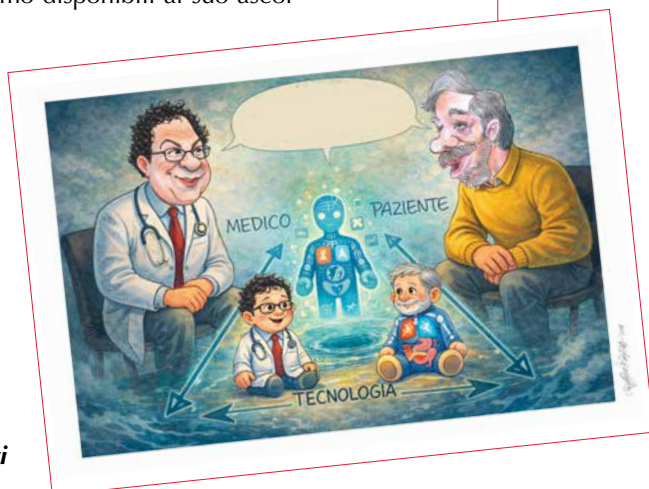
Così, già oggi la comunicazione tra medico e paziente si è fatta triangolare, mediata, allargandosi a comprendere quel Dr. Google al quale sempre più spesso il paziente si rivolge e che oggi si alimenta ancora di più di tutti i prodigi e la velocità che l'intelligenza artificiale gli consente.

Il rischio che ho voluto rappresentare nel mio viaggio al centro del Triangolo delle Bermude è che la mediazione tecnologica da strumento al servizio della comunicazione tra medico e paziente, divenga essa stessa l'essenza della comunicazione, sostituendo in tutto la figura del curante fino a rappresentarlo a sua volta come l'avatar ideale, gentile e disponibile sempre e che sempre a domanda risponde. E il paziente a sua volta evolve nell'avatar di se stesso, insieme di dati e algoritmi cui il medico può voler prestare attenzione quasi più ancora che al paziente stesso.

La domanda allora che ci dobbiamo porre è come far sì che questa relazione non più lineare, ma triangolare eviti di farci perdere l'orientamento, fino ad “inghiottire” la relazione stessa. Dobbiamo porci domande se vogliamo cavalcare il progresso, essere consapevoli che qualsiasi strumento tecnologico richiede un tempo di progettazione, di “pensiero”, che può trasformare l'evoluzione che ci attende da passiva, che si subisce, in attiva e interattiva, che si governa. La medicina di domani non potrà che trarre grandi vantaggi dall'impiego della IA al suo servizio. A patto che non abdichi mai al proprio ruolo di governo della tecnologia, facendosi governare dalla stessa. A partire dalla relazione con il paziente, momento centrale e insostituibile nella cura.

Centrale e insostituibile. Ma il fatto che il paziente apprezzi il Dr. Google in forma di avatar sempre cortese, attento e disponibile, non può che portarci criticamente ad interrogarci su quanto realmente siamo disponibili al suo ascolto, con l'orecchio interiore, certo, ma anche con quello esteriore.

E con un'ultima suggestione. A connettere i tre protagonisti della mia illustrazione, il medico, il paziente e la tecnologia, ho proposto un fumetto. Vuoto. Ovvero da riempire, se saremo capaci ancora di alimentare quel dialogo, quel tempo di cura fatto di ascolto e comunicazione che nessun algoritmo IA potrà mai sostituire nel qui e ora della relazione di cura. Con l'impegno di trasformare l'ineliminabile tecnologia da rischio in ponte che unisce e facilita questa relazione.



Raffaele Spiazzi

ASSEMBLEA ANNUALE

12 aprile 2026 - ore 9.15

Aula Magna Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università di Brescia (Viale Europa n. 11)



Inquadra il QRCode
e consulta il programma



seguici online

www.ordinemedici.brescia.it

bresciamedica@ordinemedici.brescia.it

