

Nell'era degli algoritmi
Il futuro della Medicina passa dalla relazione

di **Anna Sgritto**

Sandro Spinsanti, bioeticista, riflette sui principi che dovranno guidare la pratica clinica negli anni a venire. Tra intelligenza artificiale, Medicina narrativa e personalizzazione delle cure, il medico di famiglia resta il protagonista di una relazione che nessun algoritmo può sostituire



L'evoluzione delle tecnologie digitali sta ridefinendo il modo di diagnosticare, decidere e curare. Ma, secondo il professor **Sandro Spinsanti**, bioeticista e tra i principali studiosi della relazione di cura, il cambiamento cruciale riguarda il concetto stesso di Medicina. Superato il modello paternalistico, la cura è ora un percorso condiviso in cui il paziente partecipa attivamente. Le nuove tecnologie offrono una preziosa opportunità, purché restino al servizio della persona senza ridurre il medico a un esecutore di protocolli. Per le cure primarie, in particolare per il Mmg, la sfida è coniugare il rigore scientifico con l'ascolto e la comprensione del contesto di vita del paziente, costruendo una relazione che renda l'assistenza davvero personalizzata.



Sandro Spinsanti si è laureato in Teologia morale e in Psicologia con formazione psicoterapeutica, ha insegnato Etica medica e Bioetica in atenei universitari. È stato direttore del Dipartimento di scienze umane dell'Ospedale Fatebenefratelli e del Centro internazionale studi famiglia, oltre a membro del Comitato nazionale per la bioetica e presidente di comitati etici. Fondatore dell'Istituto Giano e direttore di riviste e collane editoriali dedicate alle Medical Humanities, è autore di numerose pubblicazioni scientifiche e saggistiche.

Nel suo libro "Un'altra pratica della cura", lei descrive la cura come un incontro tra soggettività: come custodire questa dimensione relazionale nell'era della Medicina digitale?

"L'incombere dell'intelligenza artificiale investirà anche la professione di cura, in senso positivo o negativo. Ma prima di valutare questa rivoluzione, ricordiamo che la Medicina ha appena affrontato un'altra mutazione epocale. Per secoli ha prevalso il modello verticale e paternalistico del "potere di curare", basato sull'affidarsi ciecamente al medico. Solo di recente la bioetica ha introdotto l'*empowerment* e la partecipazione attiva del malato. La cura è diventata un ponte tra due sponde - curante e paziente -, dove transitano terapie, valori e parole. È su questo sfondo di condivisione che si inserisce la svolta dell'AI, con la sua carica potenzialmente costruttiva, o distruttiva, per la buona cura".

Nel dibattito sull'intelligenza artificiale si richiama spesso la centralità della persona. Quali aspetti di questo tema sono più rilevanti per la sanità e le professioni di cura?

"Focalizzarci sulla cura può sembrare banale, ma come i pesci che non vedono l'acqua in cui nuotano, spesso non mettiamo a fuoco ciò che costituisce il nostro ambiente vitale. La cura assume significati molto diversi - riparazione, manutenzione o cammino di autorealizzazione - e si manifesta in forme molteplici: quella familiare, che ci accompagna per tutta la vita, quella comunitaria del volontariato e quella professionale nel contesto sanitario. Queste dimensioni non possono procedere separate ma devono intrecciarsi. Il Mmg rappresenta la figura essenziale per cogliere i diversi bisogni e realizzare questa interconnessione, permettendoci di nuotare nella cura senza affogare, consapevoli che essa è la trama stessa della vita".

L'intelligenza artificiale supporta diagnosi e decisioni cliniche: quale dovrebbe essere il corretto rapporto tra il giudizio professionale del medico e le indicazioni degli algoritmi?

"Gli strumenti dell'AI qui menzionati, con la loro capacità di produrre diagnosi, valutazioni prognostiche e decisioni cliniche estremamente affidabili, sono in linea con quella svolta che ha modificato la Medicina quando si è confrontata sempre più rigorosamente con il sapere scientifico. Stiamo parlando della svolta che è avvenuta soprattutto all'inizio del XX secolo, quando la Medicina si è sempre più appoggiata alle scienze *hard*. La metodologia adottata ha richiesto che le decisioni cliniche si basino su prove (*Evidence Based Medicine*), linee guida, protocolli. Dall'entrata in vigore della legge Gelli Bianco, nel 2017, è invalso il principio che il professionista deve obbligatoriamente agire sulla base delle linee guida accreditate, soprattutto quando queste includono indicazioni esplicitamente vincolanti. La ricaduta sugli aspetti medico-legali della pratica della cura è determinante. Certo: è prevista, a certe condizioni, la possibilità di dissentire da un protocollo, a condizione che il dissenso sia "protocollato"…
Ci rassicura il fatto che il sapere da cui sono attinte le cure che riceviamo si basi su fondamenti così rigorosi, costruiti con metodologie universalmente validate dal mondo scientifico e condivise dai professionisti (senza che si segua una scuola piuttosto che un'altra o le proprie preferenze). Ci sono però degli aspetti della pratica medica che ci impediscono di dare un benvenuto incondizionato ai protocolli. Il comportamento di certi clinici suscita riserve. Alcuni di loro meritano la qualifica screditante di "protocollisti". Non incombe solo sui professionisti che assumono una postura da cui è assente quella sensibilità che è parte integrante della competenza comunicativa. Si può estendere a tutti coloro che **Claudio Rugarli** ha chiamato "medici a metà" (*Medici a metà. Quel che manca nella relazione di cura*, Raffaello Cortina ed. 2017), ovvero a quei clinici che nella relazione di cura considerano solo il versante del rigore scientifico e trascurano quella metà su cui presiedono le Medical Humanities. L'attendibilità delle indicazioni fornite dagli algoritmi e dall'AI potrebbe costituire un alibi per non affrontare l'altra parte del processo di cura, che consiste nella sua "personalizzazione". È invece assolutamente auspicabile e necessario: solo così acquista il profilo di una cura "sartoriale", tagliata su misura del singolo malato".

"La cura è un ponte tra due sponde: il professionista e la persona che riceve le cure"

La Medicina generale si fonda sulla storia del paziente: come può l'innovazione tecnologica valorizzare questo patrimonio senza ridurlo a semplice raccolta di dati?

"Un esempio molto eloquente di come la raccolta di dati da parte del clinico possa essere o no funziona-

le a una Medicina personalizzata è fornito dal sito che Rita Charon - considerata una delle figure di riferimento della Medicina Narrativa - ha dedicato alla sua attività formativa alla Columbia University di New York. Ecco il suo racconto: "Una anziana signora dice di avere un forte dolore di schiena. Il medico le domanda: 'Le hanno già fatto una radiografia o dato dei farmaci?'. La signora: 'Beh, le posso dire quando mi fa molto male. Quando prendo in braccio mio nipote, è allora che sento questo forte dolore in fondo alla spina dorsale'. Il medico: 'Ha già provato a prendere un'aspirina o un analgesico? Le hanno giovato?'. Ma un secondo medico potrebbe dire: 'Mi parli di suo nipote…'. E la nonna: 'Ha diciotto anni ed è autistico… sono io che l'ho allevato fin da quando è nato. Ma adesso è più grande di me e non riesco più a sollevarlo…'".
Senza ulteriori commenti, possiamo dire che il medico di medicina generale è collocato in prima linea nella raccolta di informazioni che fanno della cura un ponte tra due sponde e non l'applicazione di procedure guidate da algoritmi. È necessario però saper fare le domande; e ovviamente saper ascoltare".

I sistemi decisionali complessi sollevano questioni etiche: come cambia la responsabilità professionale quando il medico usa strumenti difficili da interpretare pienamente?

"È un dato di fatto: il sapere su cui si basa la pratica medica dei nostri giorni è reso molto più affidabile dagli strumenti informatici di cui dispone. Ma non ci dobbiamo illudere: ciò non abolisce l'incertezza che ha sempre accompagnato l'ambito della cura. Le decisioni mediche non sono libere da rischi; decidere qual è il livello di rischio accettabile è la sfida più difficile che il professionista deve affrontare. Il medico dovrà valutare la possibilità di mancare una diagnosi di cancro, o lo sviluppo di una seria infezione, controbilanciandole con il rischio alternativo di un eccesso diagnostico, o di effetti collaterali avversi, o di una resistenza antibiotica. Sono quesiti che si pone Helen Salisbury, medico di medicina generale, in una riflessione pubblicata sul *British Medical Journal* dal titolo: "Come far sentire sicuri i pazienti" (*BMJ* 2016: 393: s.861). La sua proposta di elaborare un livello di rischio accettabile può sembrare provocatoria. Invece di nascondersi dietro la barriera impersonale di linee guida e protocolli, suggerisce che si possa gestire l'incertezza insieme al malato, coinvolgendolo nelle decisioni. Condividendo anche l'incertezza: "Abbiamo bisogno di essere capaci di congedare il paziente sollevato, con una rinnovata fiducia nel proprio corpo, ma sapendo anche quali sintomi deve sorvegliare, nell'ipotesi non improbabile che ci siamo sbagliati", dichiara programmaticamente Helen Salisbury.
Si tratta di rifocalizzare l'obiettivo: non più far sentire "sicuro" il professionista, protetto dallo scudo del protocollo, in clima di Medicina difensiva, ma di garantire la sensazione di sicurezza del malato (*to feel safe*, come suona il titolo originale dell'articolo). O meglio: sia dell'uno che dell'altro. Ma con la consapevolezza che la sicurezza che sta a cuore al malato non si identifica con quella dello scudo giuridico che è spesso attribuita al professionista sanitario. Per questo le linee guida e i protocolli sono sfidati a diventare strumenti di un potere condiviso, piuttosto che di un potere che si colloca alle spalle del medico e da cui il malato si sente escluso. La strategia proposta è quella di una comunicazione aperta, presupponendo soprattutto la continuità di un rapporto che non si riduca a prestazioni. L'invito a sorvegliare i sintomi e a non esitare a tornare dal curante in casi dubbiosi è quella porta aperta che



Oltre l'algoritmo: l'ascolto e la competenza comunicativa del Mmg restano elementi insostituibili nella relazione di cura

contribuisce a dare sicurezza.
Certo, una prospettiva scomoda. E *time consuming*… Ma c'è forse un modo più produttivo di utilizzare il tempo della cura? Il movimento di Slow Medicine - utopistico e rivoluzionario come quello di Slow Food, su cui si appoggia - ha fatto proprio questo ideale. Da esso ci si aspetta cure "sobrie - rispettose - giuste", e quindi anche sicure. C'è solo da augurarsi che il suo modello di buona cura contagi un numero sempre maggiore di professionisti sanitari".

Le tecnologie digitali promettono efficienza ma rischiano di amplificare le disuguaglianze: quali attenzioni dovrebbero guidare la trasformazione digitale per evitare nuove forme di esclusione?

"Tra le conseguenze indesiderabili delle nuove tecnologie informatiche dobbiamo considerare anche la vistosa divaricazione che si crea tra coloro che sono in grado di usarle e chi invece ne è escluso. Fanno parte di questa seconda categoria persone che non sono entrate nel mondo della digitalizzazione. Si parla soprattutto di anziani, ma non solo. È vasto l'ambito in cui confluiscono le persone affette da quello che è stato chiamato "dolore burocratico". La burocrazia, che si serve sempre più dell'informatizzazione, per loro è una barriera insormontabile. Accedere alle strutture pubbliche per avere servizi dei quali hanno bisogno e ai quali avrebbero diritto per loro è come scalare una parete di sesto grado. Pec? Spid? Linguaggi familiari come il sanscrito. La burocrazia, che è già una sfida anche per i cittadini più acculturati, per loro diventa una realtà respingente, che li esautora. E spesso il risultato di questa difficoltà è la rinuncia a seguire l'*iter* burocratico prescritto.
Questa marginalizzazione riguarda i servizi socio-sanitari ancor più che tanti altri percorsi di galleggiamento nel mare tempestoso della vita sociale dei nostri giorni. Ci aspettiamo che soprattutto i medici di medicina generale sappiano captare queste forme di esclusione e collaborino con quanti, in particolare nel mondo del volontariato, cercano di porvi rimedio, mettendosi a servizio degli esclusi dalle tecnologie digitali".

"Gli algoritmi possono offrire indicazioni affidabili, ma non possono sostituire la personalizzazione della cura"

Quale qualità professionale il Mmg dovrebbe preservare a ogni costo nell'era dell'intelligenza artificiale e perché?

"Non trovo una raccomandazione più preziosa di quella proposta da un documento dell'Istituto Superiore di Sanità: "Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale". La Medicina Narrativa è definita come una metodologia basata su una "specifica competenza comunicativa". La narrazione a cui qui ci si riferisce è "lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura". La competenza comunicativa non è un *optional* che qualifica i medici buoni, ma una condizione essenziale per essere buoni medici.
Non si tratta di diluire le cure mediche in un brodo di chiacchiere, ma di ricondurle alla loro essenza, nel contesto della modernità: costruire un ponte tra due sponde. Sul ponte passino pure le conoscenze che mutuiamo dall'AI, ma non per sostituire l'ascolto e il dialogo, bensì per far interagire chi le cure le eroga e chi le riceve, stringendo un vincolo diverso e più profondo che nel passato".

"La competenza comunicativa non è un optional che qualifica i medici buoni: è una condizione essenziale per essere buoni medici"



In questo volume Sandro Spinsanti propone una riflessione sul cambiamento della pratica della cura, mettendo al centro la relazione tra professionista e paziente in una Medicina chiamata a coniugare innovazione, responsabilità e umanità.