

Giovanni Chimirri Cura

Salute, psicologia
e moralità di una
relazione



Asterios

Volantini militanti

Indice: 1. Concetto generale di cura, 3 • 2. Declinazioni professionali della cura, 5 • 3. Qualità delle relazioni di cura, 7 • 4. Umanizzazione della medicina, 9 • 5. Cure computerizzate e intelligenza artificiale, 12 • 6. Patologie dei terapeuti, 14 • 7. Patologie dei pazienti, 18 • 8. Mercificazione della salute, 22 • 9. Rifiuto della cura, 34 • 10. Cure preventive e responsabilità sociali, 38 • 11. Cure virali e politiche pandemiche, 46 • Bibliografia, 57.

Giovanni Chimirri (Legnano 1959) ha studiato filosofia, psicologia e teologia conseguendo cinque lauree. Si è occupato di storia della filosofia morale, di psicologia sessuale, di psicologia della salute, di epistemologia psichiatrica e di antropologia filosofica. Dirige collane, scrive su riviste specializzate, è membro di società scientifiche (ADIF, ATISM, CFI, AIPPC, SIPF) e cultore della materia all'università Insubria. Oltre la cura di classici del pensiero e contributi in miscellanee, dizionari ed enciclopedie, ha pubblicato una trentina di monografie fra cui: *Trattato filosofico sulla libertà* (2007), *Filosofia e teologia della storia* (2008), *L'arte spiegata a tutti* (2009), *Siamo tutti filosofi* (2010), *Psicologia della nudità* (2011), *Teologia del nichilismo* (2012), *Psicologia del piacere e mistica dell'eros* (2016), *Persona al centro* (con G. Cicchese, 2018²), *Psicopatologia della personalità* (2019), *Bioetica della medicina* (2019), *Filosofia del corpo e psicologia del benessere* (2020), *Prevenzione* (2021), *Virus* (2021).

I tempi nei quali oggi viviamo, e vivremo a lungo, sono pieni di pensieri ansiosi, inquieti e cattivi. Abbiamo allora pensato di proporre ai nostri lettori due nuovi progetti: il Lessico Pandemico, all'interno della collana dei Volantini, e la collana di Diari e Quaderni.

Per il Lessico abbiamo chiesto a studiosi e ricercatori di scriverci un testo breve sulla voce per la quale sono più preparati e innovativi nel pensiero e nella critica.

Convinti come siamo che la scrittura di un Diario o di soli Appunti aiuterebbe ognuno di noi a stare meglio con se stessi e forse anche con gli altri, abbiamo progettato dei volumi – dedicati a poeti, scrittori e pensatori – dove abbiamo stampato su carta di qualità le sole righe da riempire nella forma di Diario ma anche di semplici Appunti sui giorni difficili che stiamo vivendo.

volantini militanti è una collana periodica della Asterios Abiblio Editore diretta da Asterios Delithanassis.

Direttore editoriale del *Lessico pandemico*: Aldo Meccariello.

• prima edizione Marzo 2021 • © Asterios Abiblio editore, Trieste 2020 • posta: info@asterios.it

ISBN: 9788893133036

FINITO DI STAMPARE NEL MESE DI MARZO 2021 DA PRINTBEE - NOVENTA PADOVANA.

1. Concetto generale di cura

La cura è un atteggiamento/comportamento con cui ognuno si *rapporta* al mondo, agli altri, a se stesso e all'ambiente. C'è bisogno di cura perché tutti siamo fragili/vulnerabili. La cura non è una possibilità / opportunità fra altre, ma una *necessità filosofica* senza di cui non sarebbe sopravvissuto il genere umano né civiltà alcuna (la cura è una “fabbrica esistenziale dell'essere”!).

Curandosi vicendevolmente, gli uomini progrediscono e stanno bene in un mirabile *circolo virtuoso*. Io devo certo curare in primo luogo me stesso, ma poiché sono stato *prima* curato da altri, devo a mia volta curare. La *cura di sé* è solo il primo e doveroso passo dovuto all'istinto di sopravvivenza e al principio del piacere; basti pensare tra l'altro al potere di autoguarigione che tutti abbiamo¹ e alle tecniche di prevenzione sviluppate per esempio dalla “psicologia positiva”² e dal “pensiero positivo” (L. Hay, N. Peale, D. Chopra, Og Mandino, I. Boniwell, E. Tolle, i cui testi hanno venduto milioni di copie nel mondo).

Ma fermarsi alla cura di sé è narcisistico e controproducente, poiché se io non *mi curo anche degli altri*, questi altri staranno male e presto non potranno a loro volta curarmi e così staremo tutti male! Non si tratta qui di *strumentalizzazione* della cura (seb-

¹ Cfr. *Come guarire senza farmaci*, Riza, Milano 2014; *Guarisci te stesso*, Armenia, Milano 2007; *La mente che guarisce*, Giunti, Firenze 2001; *Il sapere della guarigione*, Laterza, Bari 1996; D. BECK, *La malattia come autoguarigione*, PGreco, Milano 2012; F. BENEDETTI, *La speranza è un farmaco*, Mondadori, Milano 2018; L. BERTELÉ, *Ascolta e guarisci il tuo corpo*, Mondadori, Milano 2018; R. CARLTON ABRAMS, *L'intelligenza segreta del corpo. Scopri il linguaggio dei sintomi e il tuo potere di auto guarigione*, Sperling & Kupfer, Milano 2017; R. DAHLKE, *Il viaggio interiore. Tecniche di autoguarigione*, Mediterranee, Roma 2013; F. MANCINI, *Il potere dell'autoguarigione*, Armenia, Milano 2013; M. MANNING, *La tua mente può guarire il tuo corpo*, Il Punto d'Incontro, Vicenza 2009; J. MARCHANT, *Cura te stesso*, Mondadori, Milano 2017; E. POLI, *Le emozioni che curano*, Mondadori, Milano 2019; P. SCHELLNBAUN, *Alzati e cammina! La psicoterapia, il corpo, la guarigione*, Red, Como 1995.

² Nata alla fine del secolo scorso in USA e poi diffusa in tutto il mondo col modello “PERMA” (acronimo inglese di: emozioni positive, coinvolgimento, relazioni positive, significato e realizzazione). Si capì che la psicologia non doveva più rivolgere la sua attenzione solamente al disagio mentale, ma doveva essere utile per incrementare lo stesso benessere umano nel suo complesso (vedi gli studi di M. Fordyce, M. Seligman, B. Palmer, T. Rashid, D. Jeste, D. Siegel, G. Fava, A. Ruini).

bene possa accadere), ma si tratta di mettere in gioco quell'*altruismo*, sacrificio e *valori* che permettono di vivere serenamente in pace. Se vivere è *con-vivere-bene-col-prossimo*, non hanno più motivo di contrapporsi “amore di-sé” vs “amore-per-altri”; che poi forze contrarie sono solo quando ognuna le estremizza/patologizza. Il retto far-bene ha direzione *circolare e universalizzante*; dopodiché ognuno dovrà farsi il suo esame di coscienza.

Spesso la cura è sbilanciata, per cui nell'immediato qualcuno guadagna di più. Ideale è la *simmetria* delle cure, come avviene nei rapporti amorosi dove si gareggia in bontà e ognuno trae soddisfazione sia nel curare sia nell'essere curato. Quand'anche persistano rapporti asimmetrici di cura, ritorna però una certa simmetria nella misura in cui, per esempio, il curato è tale perché *si lascia curare* (si rende disponibile alla cura), e paradossalmente, proprio in questa apparente passività, il curato diventa attivo col *ringraziamento* e col *dono della sua stessa presenza* (molti genitori affermano che sono proprio i loro figli malati a dargli coraggio e gioia di vivere); mentre rimane passivo il curato qualora si percepisca solo come un peso morto e/o con sentimenti di colpa.

Il curante, curando, contemporaneamente *si cura* ottenendo benefici spirituali: ecco la cura come *disposizione antropologica fondamentale; reciprocità originaria; alleanza terapeutica; fiducia reciproca; speranza condivisa*. Talvolta bisogna affrontare chi magari ci sporca e contamina col suo male, chi ci fa star male (vedere un ferito, un bimbo abbandonato e denutrito), chi non apprezza la nostra cura, ecc.; circostanze, queste, che mettono in fuga tutti quelli che curano senza forti e sane convinzioni, senza la certezza di fare comunque del bene.

Nel diffuso clima individualistico contemporaneo, fermarsi a riflettere sulla nostra *costituzione interpersonale* che ci fa esistere solo perché rapportati ad altri dall'identica dignità e natura, può sembrare qualcosa di moralistico e irritante. Eppure, proprio qui s'incontrano e concentrano la bioetica (*etica-della-vita*), la biofilia (*amore-per-la-vita*), l'*antropologia medica umanistica*. Se il progresso e la tecnica hanno migliorato le nostre condizioni, dall'altro lato possono anche spersonalizzare le nostre relazioni e ridurci a *oggetti* manipolabili fra altri.

Sennonché, la tecnica rimane sempre una nostra creazione, per cui è l'uomo stesso che deve *utilizzarla bene*, servirsene per aumentare responsabilità e solidarietà. La cura, non è un semplice sentimento naturale ma è in profondità: *decisione morale, correzione fraterna, dovere politico, comando religioso* (per chi crede). Il termine cura

«è *polisemantico*: c'è una cura necessaria per continuare a vivere; c'è una cura per dare corpo alla tensione verso la trascendenza e nutrire l'uomo di sensi; c'è una cura che ripara il corpo o la mente quando si ammalano. La prima è la cura come lavoro del vivere per preservare l'ente che noi siamo; la seconda è la cura come arte dell'esistere per far fiorire l'essere; la terza è la cura come tecnica del rammendo per guarire le ferite. La cura è una necessità *vitale, etica, terapeutica*»³.

2. Declinazioni professionali della cura

Oltre le cure generiche, ci sono anche quelle delle *terapie professionali, assistenziali, formative, educative, preventive*⁴, ecc. Il termine “terapia” significa in greco ogni tipo d'intervento per migliorare l'uomo (quindi anche una lezione di filosofia o l'ascolto di musica possono rientrare nella *terapeia*), mentre la cura in senso medico è chiamata *iatreia* (quella che ora c'interessa) per quanto poi i greci avessero una *concezione filosofica* della stessa medicina, dov'era scontato comprendere l'uomo intero.

In ogni caso, ogni terapeuta non può limitarsi a una *tecnica professionale* (neutrale, fredda, meccanica, standardizzata) senza un pizzico di “psicologia” e “filosofia”; cose queste non tanto aggiunte dall'esterno ma emergenti ineludibilmente dal suo stesso agire, *essere persona in relazione a “persone”* (non malati, non numeri, non clienti).

Se durante la sua formazione accademica il terapeuta è stato abituato a considerare l'altro come un “*oggetto scientifico*”, ora

³ L. MORTARI, *Filosofia della cura*, Cortina, Milano 2015, p. 35.

⁴ Cfr. per esempio volumi del tipo *La salute nei luoghi di lavoro. Manuale di prevenzione*, Carocci, Roma 1981; G. CORSO, *Educazione sanitaria. La prevenzione del rischio*, Carocci, Roma 1981; V. VACCHI, *Codice della prevenzione degli infortuni e dell'igiene sul lavoro*, Carocci, Roma 1983.

deve confrontarsi col *reale* in cui quell'“oggetto” non è mai una cavia da laboratorio ma un *co-soggetto*; dove il suo sapere deve dialogare col *visso esistenziale* di un *essere-prossimo-a-lui*; dove il paziente non è solo un anonimo “caso clinico” letto sui manuali ma una persona individua che ci coinvolge in un rapporto etico e intersoggettivo, e che solo nel buon funzionamento di questo rapporto la persona potrà essere *compresa e curata*.

Nelle cure e nelle terapie professionali, le buone disposizioni non devono diminuire, salvo che gli operatori intendano fornire solo “servizi certificati” come un qualsiasi sportellista o artigiano. Certe professioni non si fanno per caso o per prestigio (logiche del calcolo) ma perché *si sentono* di fare, perché *si vuole agire per il bene dell'altro*. Qualsiasi *caregiver* potrà anche limitarsi alla sua professionalità e guarire correttamente, ma i suoi assistiti rimarranno insoddisfatti se trattati: a) come numeri qualsiasi, b) senza alcuna *passione per l'umano*, c) peggio, con qualche vizio di fondo!

Può succedere infatti, che il passaggio dalla *terapia* alla *iatria* scada nell'immoralità, se pensiamo alla *medicalizzazione della salute* foraggiata dalle multinazionali del farmaco; o se pensiamo agli ospedali trasformati in aziende economiche (con primari e dirigenti medici nominati dalla politica e senza le competenze scientifiche del caso), dove il personale sanitario deve improvvisarsi amministratore a discapito magari della *qualità umana* della cura (attenzione, disponibilità, empatia, compassione, gratuità, condivisione di fragilità, ecc.).

E tralasciamo i casi nei quali alcuni chirurghi si preoccupano soprattutto di fare reddito per l'azienda in cui lavorano con interventi evitabili o inutili (protesi all'anca, asportazione di organi e tumori benigni, ecc.), come denunciano molti medici stessi, fra cui G. Remuzzi (direttore dell'Istituto M. Negri di Milano) e il prestigioso “New England Journal of Medicine”. Del resto, ogni tanto qualcuno viene scoperto e finisce in carcere per lesioni colpose, come registrano le cronache giudiziarie; per tralasciare ancora le truffe organizzate di certi ospedali privati convenzionati che gonfiano le fatture da incassare presso le amministrazioni regionali; e per tralasciare ancora gli amministra-

tori pubblici di ogni categoria condannati per mazzette (benefici, regalie, assunzioni clientelari, ecc.) e soprattutto per danni erariali milionari alla sanità pubblica (come ancora le cronache registrano puntualmente)!⁵

3. Qualità delle relazioni di cura

Ogni relazione di cura non dovrebbe mai svolgersi a senza unico (dal curatore al curato) ma secondo una *logica circolare*, essendo ogni relazione un incontro tra fragilità, complessità, timori. Nessun curatore è miracolosamente sano e perfetto: ogni operatore, mentre cura, deve curare nel contempo se stesso mettendo da parte superbia, egoità, potere (ma di questo parleremo più avanti).

Trattando i bisogni altrui, occorre modestia, spirito di servizio, generosità, attenzione ai bisogni altrui, sopportazione, prudenza, discrezione, delicatezza, rispetto degli spazi vitali, ecc. “Dedizione della cura” significa riconoscimento della *do- verosità del donarsi*: «un medico senza passione, non sente la vita e la morte; forse può scorgere malattie e curarle, ma non vedrà mai la *persona malata*».⁶

L’assistito, in generale, non deve percepire la presenza del curante come ingombrante/autoritaria, altrimenti si difenderà opponendo resistenza. Spesso è sufficiente essere *silenziosa-*

⁵ In Italia c’è troppa sanità privata *convenzionata* (dunque pagata con soldi pubblici!), un business miliardario con capitali che finiscono in paradisi fiscali, come quelli dell’impero di cliniche di un ex-portantino (cfr. il programma “Report” del 25-5-2020 su RAI-3). Bisognerebbe ripensare anche tutto il lucroso business delle RSA (ex-ospizi, ex-case di riposo) dove si ammassano anziani in attesa che ascendano al cielo (quasi case di “eterno riposo” e “cimiteri viventi”)! In molti casi, infatti, potrebbero essere curati a casa con personale sanitario o parasanitario a domicilio; in altri casi (qualora ci siano le opportune condizioni logistiche) potrebbero vivere con figli e nipoti, poiché non sono sempre un peso ma possono essere anche una risorsa, disconosciuta soprattutto nei paesi europei dove si registra la più alta percentuale di anziani ricoverati. Ma qualcosa sta migliorando per esempio con la creazione di *co-housing*, di *case-famiglia*, di *condomini protetti* e di *infermieri di famiglia/comunità* (in questi casi, ognuno può stare nel suo ambiente con la sua privacy, ma essere nel contempo vicino ad altri e assistito prontamente all’occorrenza).

⁶ D. ANTISERI – V. CAGLI, *Dialogo sulla diagnosi*, Armando, Roma 2008, p. 60.

mente presenti, aspettando i tempi di maturazione dell'altro, come avviene per esempio in campo educativo (ogni eccesso di parole non è mai buono). Del resto, il curatore non ha mai davanti un individuo con problemi calcificati ma un individuo che va introdotto in *delicati processi di cambiamento e crescita*.

Avere rispetto, significa accogliere ciascuno nella sua singolarità/originalità, incontrarlo nella sua diversità, riconoscere la sua dignità, accettarlo, comprenderlo. È una relazione a faccia a faccia che non parte con visioni preconcepite e anticipazioni tendenti al dominio. Incontrare l'altro è sempre un andare incontro a un'avventura e a un'incertezza, perché l'altro non si conosce mai abbastanza, rimane imprevedibile, può rifiutare il nostro dono, ecc.⁷ Se da un lato, dedizione e gratuità non si aspettano nulla come contropartita, dall'altro lato qualcosa è pur lecito *sperare*; come, per esempio, che il beneficiato capisca quello che gli stiamo facendo, risponda alle cure, collabori. La cura non segue mai la "logica dello scambio":

«Lo "scambio" che si attua nelle buone pratiche di cura è uno *scambio di essere* che non mette nulla in conto all'altro; uno scambio che segue le vie dell'originalità. Che poi l'altro comprenda la nostra dedizione e qualifichi la nostra cura come un dono, ringrazi e ricambi, non toglie nulla al carattere donativo della cura. Del resto, nella dinamica del dono, il ricevente non è tenuto a ricambiare per forza, sebbene lo *apprezzi*. Accogliere la cura non è disconoscere il dono ma confermare il senso dell'agire altrui; un senso che trova ragione nel fatto che l'atto di offrire costituisce una *direzione di senso dell'esistere*»⁸.

Operare con senso professionale di cura, comporta sapere ciò che di *necessario* abbisogna l'altro; e sappiamo bene quanto danno fanno quelle cure necessarie ma *non ricevute* nell'infanzia, i cui effetti (traumi, risentimenti, brutto carattere, ecc.) si cronicizzano e sedimentano nell'inconscio, sul quale è difficile poi intervenire.

⁷ Cfr. L. MORTARI, *Filosofia della cura*, cit., pp. 159-167. Su queste tematiche cfr. anche G. CICCHESE, *Incontro a te. Antropologia del dialogo*, Città Nuova, Roma 2010; Id., *I percorsi dell'altro. Antropologia e storia*, UniversItalia, Roma 2012².

⁸ D. ANTISERI – V. CAGLI, *Dialogo sulla diagnosi*, cit., p. 148.

Conoscendo il *bene necessario* all'altro, si conosce nel contempo *quello-che-non-lo-è* e che magari l'altro invece pretende (capricci, desideri immotivati). Ma ogni operatore fa solo il bene di chi deve curare rifiutando richieste inopportune e *responsabilizzandolo* secondo criteri di *giustizia, verità, buon senso*.

4. Umanizzazione della medicina

Forse non c'è pratica scientifica come la medicina, che non implichi *virtù* che la trascendano in una più ampia concezione dell'umano:

«È in gioco una *questione filosofica*. La medicina deve curare *tutto l'uomo*. Una pretesa enorme, certo, ma nel contempo una risposta al desiderio del paziente, se le terapie devono condurre *oltre* l'uomo. [...] La forma della cura è una totalità comprendente medico e paziente, quest'ultimo non più semplice *oggetto* di cura ma integrato in un *abbraccio totalizzante* [...] senza di cui il rapporto può trasformarsi in *odio e transfert negativi*. [...] Credo che il *rispetto* del malato debba essere la prima virtù del medico, anzi la sua debolezza più forte. [...] La medicina cura con lui, decidendo con lui e rassegnandosi con lui: ecco il *luogo* dell'incontro; dove sia chiaro che, se da una parte il medico non può immedesimarsi nel malato per un'oggettiva disuguaglianza, dall'altra parte il paziente si avvicina al medico coinvolgendolo in una *comunità vitale*. [...] Il medico aspira sempre al successo, ma questo è a rischio se si assuefa ai *protocolli scientifici*. Nell'approcciarsi al malato deve mantenersi aperto, paziente, tollerante, sensibile alla *biografia del singolo* [...]: il suo occhio deve esercitarsi alla *totalità* di chi chiede aiuto e aprirsi a ogni bisogno. Solo così la medicina diventa libera e lascia entrare al proprio interno tutta quell'esperienza umana che travalica le osservazioni scolastiche, le reazioni chimiche e la fisiologia [...] per esperire anche le *condizioni dello spirito*»⁹.

Ma quanti medici operano in tal modo? La medicina, ricca di scienza e tecnica, è povera se limita il suo fine al tentativo di guarigione, poiché la malattia/salute sono sempre il risultato di una

⁹ V. VON WEIZSÄCKER, *Antropologia medica*, Morcelliana, Brescia 2017, pp. 30, 51-52, 55-57, 81-82, 85-89.

vasta e complessa serie di *fattori metamedici*. La medicina non è solo trattamento specialistico di patologie ma *partecipazione alla polis*; e sebbene non sia direttamente competente in questioni extra-sanitarie, i medici non possono esimersi dal fornire un contributo quando serva al benessere complessivo del prossimo.

Una bioetica medica senza un'adeguata antropologia può percorrere poca strada e non cogliere il senso di quella *vita che è deputata a custodire*. Se filosofia e medicina sono discipline diverse, nel contempo esse riflettono su *temi comuni*, per cui possono confrontarsi in un dibattito arrivando a porre *istanze etiche* nella medicina stessa: assunzione al suo interno di una *mentalità* che travalica le competenze tecniche, protocolli diagnostici, generiche linee guida. Ogni terapeuta deve assumersi in prima persona tutte le responsabilità del caso, poiché non basta seguire le norme al fine di de-responsabilizzarsi da colpe e cattive pratiche (*malpractice*).

Reclamare una filosofia personalistica *nella* medicina, significa allora: a) avere sempre una *coscienza critica dei problemi*, siano questi di natura sperimentale, clinica o esistenziale; b) avere un "ethos" della *relazione terapeutica* (punto d'incontro per ogni operatore sanitario) alle prese non con tessuti e organi ma con persone viventi; c) avere sensibilità per un "dover essere", per un modello umano di medicina e una visione globale della società"; d) formare i futuri medici con corsi di *carattere umanistico* (bioetica, etica sociale, deontologia, antropologia filosofica, psicologia delle relazioni, epistemologia, ecc.). Fare un giuramento formalistico per entrare nell'Albo, serve a poco se non si è stati educati da sempre a svolgere onestamente una professione e se non si sono capiti tutti i requisiti che dovrebbe avere un "bravo medico"; requisiti che non possono essere dati una volta per sempre ma sono il frutto di un *costante impegno personale umano, professionale e scientifico* che si protrae per tutta la vita.

Troppi operatori sanitari si sentono gratificati dai loro risultati, ma pochi riflettono sul loro stesso *operare, lavorare e pensare*: perché si fanno determinate valutazioni, come si prendono certe decisioni, ecc.? Non può darsi una medicina scevra di problemi filosofici, essendo la filosofia non una materia *affianco* ad

altre, ma il punto di vista pervasivo che fa vedere non *fuori* della scienza ma *con- e oltre-* essa, cioè, *offrendo aperture all'interezza e complessità dell'umano*.

Se il medico è portato a guardare dappprincipio *solo* il corpo malato del paziente, il medico più attento sarà anche portato a guardargli la *psiche*, e poi ancora, a vedere come il paziente affronta il suo problema di salute (questioni di “psicologia medica”) e infine a prendersi cura del suo intero *stile di vita*. Con ciò, la medicina è una disciplina composta di: a) una *conoscenza clinico-patologica* (medicina come insieme di scienze empiriche); b) un *sapere epistemologico* (logica, razionalità, complessità di ogni atto medico); c) una *sapienza antropologica*, cioè: 1) una consapevolezza problematica del “prendersi-cura”; 2) una capacità relazionale interpersonale; 3) una condivisione di valori; 4) un senso metaempirico del corpo.

Il paziente non è uno sproveduto utente ma è *Qualcuno* che porta in dono la sua *intera persona*, la sua fragilità, intimità, paure e speranze. I diplomi sono titoli necessari per esercitare una professione, ma sono “pezzi di carta” insufficienti se poi non si è incapaci di prendersi davvero *cura dell'umano*. Tutto il sistema sanitario dovrebbe essere dominato dalla *centralità della persona* e non dai *paradigmi capitalistici della produttività* (curare il maggior numero di pazienti nel minore tempo/costo possibile!).

Ecco la disumanizzazione della tecnica e dell'economia, dove “offrire servizi” equivale alla “vendita di beni” e dove il personale sanitario deve rispondere prima al suo datore di lavoro anziché ai bisogni del malato (al pari di certi presidi scolastici tutti dediti alla burocrazia anziché alla didattica e agli studenti).

5. Cure computerizzate e intelligenza artificiale

Due nostri comitati nazionali per la Bioetica e la Biosicurezza, a giugno/2020 hanno pubblicato il documento *Intelligenza artificiale e medicina* (riferiamone alcuni passaggi).¹⁰ Oggi non c'è

¹⁰ Cfr. il sito web: bioetica.governo.it. Ma cfr. anche: *La condizione tecno-umana tra*

quasi ambito della vita quotidiana in cui non giochino un ruolo importante strumenti informatici, robot, dispositivi digitali e sistemi di “Intelligenza Artificiale” (AI, in acronimo inglese¹¹), un costrutto questo che presenta varie criticità, poiché, se è vero che l’AI *simula/imita* alcune funzioni del nostro cervello (capacità di raccoglimento dati, memoria, elaborazione, risposta/soluzione, ecc.), manca poi di altre funzioni essenziali e inscindibili della mente umana: *autoconsapevolezza, intenzionalità, libertà, responsabilità*, possibilità di *non-decidere* (o decidere in modo contrario all’evidenza), proposizione di un *fine* oltre il contesto del caso, ecc.¹²

L’AI è utilizzata in vari ambiti medici: epidemiologia, logistica, ricerca, indagini diagnostiche, medical-device, interventista chirurgica, protesi, bionica, genomica, big-data, gestione dei pazienti, sperimentazione e persino invenzione di farmaci, ecc. E ciò con molti vantaggi/esiti positivi: a) contribuire al progresso scientifico; b) sollevare gli operatori da compiti magari noiosi, lunghi, ripetitivi, faticosi, pericolosi; c) evitare decisioni di parte (discriminanti); d) lasciare più tempo al rapporto umano caregiver/paziente, e) minimizzare certi costi di produzione.

Tuttavia, come ogni cosa, l’AI presenta insieme qualche criticità e contribuisce alla deresponsabilizzazione del singolo, quando per esempio in caso di una terapia fallita, diventa problematico capire il soggetto a cui rivolgersi: il costruttore, il pro-

eccesso ed eccedenza, Morecelliana, Brescia 2021; *La robotizzazione della vita*, in “Il Regno”, n. 21/2019, pp. 671-675; P. BENANTI, *Le macchine sapienti. Intelligenze artificiali e decisioni umane*, Marietti, Milano 2019; P. GALLINA, *L’anima delle macchine. Tecnodestino, dipendenza tecnologica e uomo virtuale*, Bari 2015; G. MANZONE, *La tecnologia dal volto umano*, Queriniana, Brescia 2004.

¹¹ Sigla che useremo comprendendo anche i tre precedenti.

¹² “Intelligenza artificiale” è dunque un coacervo da usare in senso traslato. L’intelligenza umana non è presente in quei calcolatori che un tempo erano *manuali/grafici* (tavole, tabelle, regolo), poi *meccanici* (ingranaggi, schede perforate), poi *elettromeccanici*, poi *digitali* e ormai *quantistici*! Niente vieta l’uso del concetto qualora s’intenda semplicemente quella parte dell’informatica che studia i fondamenti teorici, le metodologie e le tecniche che consentono di progettare sistemi capaci di dotare una macchina di prestazioni che somigliano a quelle del nostro cervello, che è appunto una specie di “computer naturale” capace di ricevere informazioni, rielaborarle, reagire, controllare/guidare meccanismi e soprattutto *organismi* (com’è il nostro corpo).

gettista, il venditore del software, il proprietario della macchina, l'utilizzatore, il lettore del referto, ecc.?

L'AI funziona grazie ad "algoritmi", cioè istruzioni secondo modelli matematici per decifrare le informazioni raccolte e produrre una *risposta/predizione/indicazione* con un alto grado di probabilità. Ma riecco un problema: le macchina "ragiona" come l'uomo l'ha *programmata/addestrata per "ragionare"*, dove rimane lecito ipotizzare che il decantato "algoritmo" possa non essere davvero *scientifico e neutrale* ma nascondere interessi politici o economici, cioè *estranei alla salute* (come certe "Linee Guida" sulle quali torneremo più avanti).¹³

Per questi motivi, le macchine non possono *scegliere autonomamente* e obbligare oltre un certo limite, dovendo l'uomo mantenere un *ruolo centrale nei processi decisionali*. L'AI rimane un valido aiuto in campo medico (riducendo incertezze diagnostiche e vedendo dove l'uomo non vede), ma non deve sfuggire al *controllo/supervisione del terapeuta*, anche perché questi corre il rischio di ridurre troppo la sua attenzione, abilità, competenza e decisioni di cura, delegando tutto alle macchine, cioè ai responsi degli algoritmi (da qui il funerale del classico "occhio clinico"?!). Il documento auspica in conclusione un nuovo

«umanesimo digitale per una medicina *con* le macchine e non *delle* macchine. [...] Le pratiche di cura non possono essere completamente

¹³ Anni addietro, il mio sportellista bancario mi fece con disinvoltura alcune domande, dopodiché mi arrivò a casa un documento secondo il quale io ero dichiarato discretamente esperto di finanza e di compravendita di titoli internazionali! Non riconoscendomi in tale profilo, mi rivolsi al direttore della banca, ma egli mi spiegò che il questionario era imposto per legge (= "trappola del consenso informato", perfettamente analogo a quelli che si fanno firmare frettolosamente in ospedale) e che il risultato era dovuto a un "algoritmo"! Ecco come sono stati venduti a milioni di risparmiatori "titoli spazzatura" (o per lo meno molto rischiosi), mandando sul lastrico decine di migliaia di famiglie! Pretesi allora di rifare il questionario, dove, non volendo essere preso in giro né dalle macchine, né dalle banche, né dai politici corrotti che approvano tali procedure, risposi in modo da ingannare il "sacro algoritmo" facendo risultare le mie reali competenze finanziarie e non comprando più né titoli né altri prodotti. In Europa, ormai, i risparmiatori, anziché guadagnare qualcosa (o per lo meno non rimetterci), devono pagare le banche per la custodia dei loro denari!

indipendenti dall'uomo, sia perché la relazione empatica medico/paziente rimane insostituibile (l'AI *non comprende* l'umano!), sia perché ognuno è malato a suo modo, per cui le esigenze di diagnosi e cura impongono spesso di andare oltre i modelli prefissati evitando di oggettivare il paziente in una "persona neutra". [...] Si faccia allora attenzione all'*opacità* dell'AI, non essendo sempre chiari i suoi passaggi e i suoi risultati, cosa questa che implica una *riflessione etica* sui dati forniti dagli algoritmi, tendenti magari a *influenzare* le decisioni mediche, a facilitare prescrizioni attraverso un aumento o diminuzione dei valori di normalità biochimica, a suggerire in modo discriminante farmaci, apparecchiature, ecc. [...] Esiste pure il problema della *validazione* degli algoritmi: i sistemi sanitari nazionali dovrebbero controllare tutti i prodotti dell'AI attraverso studi clinici e confrontarli con l'efficacia di procedure di cura che non hanno utilizzato l'AI».

6. Patologie dei terapeuti¹⁴

Molti si occupano solo di *quantità* delle cure nel rispetto delle norme ma pochi riflettono sui *limiti* che anche i terapeuti possono avere. Ora, se questi limiti rimangono solo *interni* a loro senza conseguenze negative sui pazienti, allora poco male; ma il problema sorge quando essi gravano nella relazione di cura *danneggiando il malato*. Ci sono professioni che richiedono un costante aggiornamento, impegno umano, percorso di autoconsapevolezza, cammino intellettuale, morale e spirituale con cui acquisire le doti indispensabili per essere *utili al prossimo*! Ecco dunque i possibili e principali "difetti" dei curatori.

a) Il *desiderio di aiutare* (buono in se stesso) può essere vis-

¹⁴ Cfr. *Come logora curare*, Zanichelli, Bologna 1994; *Il paziente, il medico e l'arte della cura*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2005; *Le radici della scelta. La vocazione per la professione medica*, Mimesis, Milano 2016; *Terapeuti e pazienti. La relazione che cura*, Armando, Roma 2019; C. CALCAGNO, *Medico, cura te stesso*, Mimesis, Milano 2015; G. CHIMIRRI, *Chi cura il curatore?* in "Per la Filosofia", n. 2-3/2020; G. GUY, *La vita privata e professionale del psicoterapeuta*, Centro Scientifico, Torino 1994; N. LALLI, *Le motivazioni alla scelta di Psichiatria*, in "Rivista di psichiatria", n. 2/1979, pp. 142-154; G. NIVOLI, *La patologia mentale del terapeuta e la patologia mentale del paziente*, Organon, Milano 2011; R. SALA, *Filosofia per i professionisti della cura*, Carocci, Roma 2014; R. TATARELLI, *Una cura per il medico maleducato*, Milano 2016.

suto in modo patologico nella misura in cui, per esempio, il curatore si percepisce come un individuo eletto di rango nobile e superiore. Un vero “salvatore/pompieri”, che nel contempo svaluta, denigra o invidia gli altri.

b) Il curatore usa l'altro per soffrire in prima persona; o per negare inconsciamente le sue stesse patologie; o per alimentare magari le proprie vendette, conflitti interiori, incompetenze e paure (punirsi, spiare colpe, redimersi col paziente, ecc.); o per reagire alla propria depressione con un impegno iperattivo; o come occasione di scontro con le istituzioni, l'autorità, i destini umani (una specie di lotta di classe per livellare le differenze in vista di giustizie universali).

c) Una buona dose di *autostima* è necessaria in ogni professione/missione, ma talvolta si diventa terapeuti per uno squilibrato *interesse mentale e affettivo verso se stessi* (narcisismo), dove l'altro ha solamente il ruolo di uno specchio per vedersi, ascoltarsi, gratificarsi; o per acquisire prestigio sociale.

d) Ci si occupa di salute con fredda ritualità e per *difendersi dalle proprie malattie* (presenti, probabili, sospette, attese, temute) o per affrancarsi dai limiti dell'umano come tale (la relazione terapeutica come interpretazione inusuale di realtà o come costruzione di mondi ideali). Ci si sente frustrati oltre il necessario se il curato non recepisce e ha poco senso critico.

e) Se positivi sono la *sete di conoscenza* e il *coraggio* per svolgere certi lavori, d'altro canto ci sono terapeuti affetti da una curiosità spasmodica di sapere, talvolta declinata in una devozione fanatica alla scienza e in accettazione di compiti per i quali non si è invero preparati (gusto dell'avventura, turisti della malattia, periti che sentenziano senza prudenza, ecc.). Davanti ai problemi inevitabilmente implicati in ogni cura, ci sono poi quelli che abbandonano i loro assistiti o che assecondano il loro desiderio di essere abbandonati (nei casi più gravi abbiamo curatori che, partiti con ideali troppo grandi e scontratisi con la realtà, decidono di abbandonare la professione o trascinarsela solo per portare a casa uno stipendio).

f) Ci sono terapeuti smaniosi di *carrierismo e potere*, a scapito però dell'altro, che diventa solo un tavolo di sperimenta-

zioni (senza vincoli deontologici); un cliente da sfruttare; un oggetto spersonalizzato; un'occasione per esercitare capacità che si hanno (figura del "terapeuta dittatore") o che non si hanno ma inconsciamente si vorrebbero avere (figura del terapeuta che "vola basso", che cerca di reagire ai propri fallimenti, che rinuncia al suo ruolo, che sta bene nella sua mediocrit  prediligendo pazienti della sua stessa condizione).

g) Ci sono terapeuti che: 1) si adeguano passivamente ai manuali diagnostici, ai protocolli e alle linee guida senza essere capaci di *problematizzare* i bisogni, la complessit  e individualit  dell'altro; 2) si fidano troppo delle capacit  curative dei farmaci, si disinteressano di controllarne la somministrazione (tempistica, questione placebo, monitoraggi, effetti collaterali, interazioni tra farmaci, ecc.), non informano sufficientemente i pazienti di quello che pensano e fanno (mancanza di progetti illustrati e condivisi; 3) sottovalutano lo stile di vita dei pazienti non insegnando loro pratiche di prevenzione, auto-correzione, auto-guarigione; 4) non capiscono quando l'altro   guarito, o persino, talvolta, vogliono che non guarisca (si hanno interessi a conservarlo malato).

h) Il desiderio di *dare affetto/simpatizzare* (cose buone in s ), pu  nascondere la relegazione dell'altro a vittima fragile, indifesa, dipendente, complice ignara della *seduzione del caregiver*. Per quanto si debbano conciliare e calibrare i diversi ruoli, pu  succedere a volte che si confondano troppo (la deontologia sconsiglia l'amicizia). Se in generale i rapporti umani sono sempre difficili e viaggiano sul filo del rasoio (incomprensioni, cattiverie, illusioni, ecc.), ancora pi  delicati sono i *rapporti umani* per chiunque si dedichi alle professioni di cura, assistenza, formazione, aiuto.

i) Frequente   pure il desiderio di *gestire unilateralmente il processo di cura*, sconfinando nell'accanimento terapeutico, o facendo diagnosi senza visitare, o gestendo a piacimento ogni aspetto del rapporto (si entra e si esce dalla personalit  dell'altro come si vuole, senza rispetto per la sua privacy, trovando scuse per distanziarlo, ecc.).

l) Ci sono casi nei quali si diventa terapeuti come tentativo