



Condizionamento tecnologico del medico e autonomia decisionale



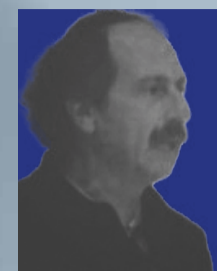
DOTT. CARLO MARIA STIGLIANO
Vice Presidente Aogoi

NEGLI ULTIMI ANNI L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE è entrata progressivamente nella pratica clinica, modificando il modo di raccogliere dati, formulare diagnosi e orientare le decisioni terapeutiche. Di fronte a questi sviluppi le reazioni sono spesso contrastanti. Da un lato vi è entusiasmo per le potenzialità offerte dalle nuove tecnologie; dall'altro emergono dubbi, prudenza e talvolta preoccupazione per le possibili conseguenze sul rapporto tra medico, paziente e sistema tecnologico. Molte innovazioni che fino a pochi decenni fa appartenevano alla fantascienza fanno ormai parte della vita quotidiana. Anche nel campo medico stanno comparando strumenti che aprono scenari fino a poco tempo fa difficilmente immaginabili. Tra questi vi sono le Brain-Computer Interfaces (BCI), cioè le interfacce cervello-computer. Si tratta di sistemi progettati per registrare l'attività cerebrale, interpretarla attraverso algoritmi informatici e trasformarla in comandi destinati a dispositivi esterni. In ambito neurologico queste tecnologie stanno già mostrando applicazioni promettenti, soprattutto nei pazienti con gravi disabilità motorie o disturbi della comunicazione. Alcuni sistemi utilizzano dispositivi esterni non invasivi; altri prevedono impianti cerebrali più complessi, come quelli sviluppati da Neuralink. Le Brain-Computer Interfaces aprono inoltre uno scenario ancora più complesso: il rapporto diretto tra attività cerebrale e sistemi digitali. Alcune aziende, come Merge Labs, stanno sviluppando tecnologie molto diverse tra loro, ma accomunate dall'obiettivo di creare forme sempre più avanzate di interazione tra cervello umano e sistemi informatici. Oggi queste applicazioni restano prevalentemente sperimentali e orientate soprattutto all'ambito neurologico e riabilitativo. Tuttavia, la loro evoluzione apre interrogativi nuovi sulla protezione dei dati neurali, sul consenso informato e, più in prospettiva, sulla possibile influenza dei sistemi tecnologici sui processi cognitivi e decisionali. Non si tratta, almeno allo stato attuale, di un

“controllo” del pensiero umano. Ma il semplice fatto che queste tecnologie pongono sullo stesso piano il rapporto tra attività mentale e sistemi digitali, introduce questioni etiche che fino a pochi anni fa appartenevano quasi esclusivamente alla fantascienza. Accanto a questi scenari più avanzati esistono però problemi già concreti e attuali. Oggi i sistemi basati sull'intelligenza artificiale sono già in grado di suggerire diagnosi, stratificare il rischio clinico e proporre opzioni terapeutiche. Questo può migliorare l'efficienza e la qualità dell'assistenza, ma può anche favorire una progressiva dipendenza dal sistema tecnologico. Il rischio più immediato non è un controllo diretto del medico da parte della macchina, ma una riduzione graduale della capacità critica autonoma. Affidandosi sempre agli stessi sistemi, il medico potrebbe perdere parte di quella valutazione personale che rappresenta uno degli elementi fondamentali della pratica clinica.

A questo si aggiunge un secondo problema: la standardizzazione del pensiero medico. Algoritmi costruiti sugli stessi modelli e sugli stessi dati tendono inevitabilmente a orientare le decisioni verso percorsi sempre più uniformi. Il rischio è quello di una medicina tecnicamente efficiente, ma meno capace di adattarsi alla complessità del singolo paziente. In questo scenario il ruolo del medico non si riduce, ma diventa ancora più delicato. Il medico non è soltanto utilizzatore di tecnologie avanzate: resta il responsabile finale delle decisioni cliniche e il garante della libertà e della dignità della persona assistita. Per questo motivo sarà sempre più importante mantenere autonomia di giudizio, consapevolezza critica e capacità di valutazione indipendente rispetto ai sistemi tecnologici.

Se il XX secolo ha visto il medico confrontarsi con la tecnologia diagnostica, il XXI lo pone di fronte a una sfida ancora più profonda: preservare l'autonomia del pensiero clinico. Il rischio non è perdere il controllo delle macchine, ma perdere progressivamente il controllo del proprio giudizio.



DANILO CELLENO
Comitato italiano Just Culture



CLAUDIO CRESCINI
Presidente Fondazione Confalonieri Ragonese



LA MEDICINA DIFENSIVA è uno dei fenomeni più costosi e paradossali del sistema sanitario italiano. Stimata in oltre 10 miliardi di euro l'anno di costi diretti per il Servizio Sanitario Nazionale, essa rappresenta la risposta irrazionale ma comprensibile di un sistema che ha scaricato sui singoli professionisti il peso di responsabilità che appartengono all'organizzazione. Il medico che prescrive esami inutili, che ricovera pazienti che potrebbero essere gestiti ambulatorialmente, che accumula documentazione difensiva invece di curare, non è un professionista pigro o disonesto: è un professionista razionale che risponde agli incentivi perversi di un sistema che lo ha lasciato solo.

Eppure, esiste una medicina difensiva diversa, radicalmente più efficace, meno costosa e moralmente coerente: quella che forma i professionisti invece di lasciarli soli, che costruisce competenze invece di accumulare scartoffie, che distribuisce la responsabilità invece di concentrarla sull'anello più debole della catena. Questa medicina difensiva si chiama formazione clinica obbligatoria che in Italia è quasi sconosciuta.

Il paradosso è che la norma che la impone esiste, la giurisprudenza che la sostiene è consolidata, i dati che ne dimostrano l'efficacia sono disponibili e inequivocabili. Ma il sistema sanitario italiano, nei suoi livelli dirigenziali, ha ogni interesse a non comunicarla. Perché farlo significherebbe assumersi responsabilità, investire risorse e rinunciare al capro espiatorio del singolo operatore.