

il punto

confronti su medicina e sanità

Un progetto dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Torino

Il conflitto di interessi in sanità: come affrontarlo?

Il paziente
e l'ospedale,
**tra burocrazia
e ascolto**

Roe vs
Wade,
**i diritti
e le donne**

**AI in
medicina:**
è una scelta
politica?

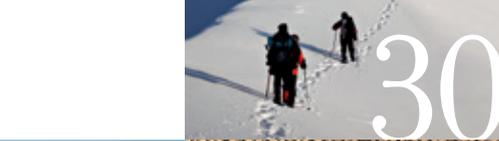
3 | 2022



Il Pensiero Scientifico Editore

Sommario

il punto | 3 | 2022



3
Fiducia e incertezza
Guido Giustetto

4
Quando il paziente rifiuta l'intervento
Marco Bobbio
Michela Chiarlo
Paola Arcadi

10
Gli ospedali tra distanza e vicinanza. Tra burocrazia e ascolto
Carlo Saitto

14
La prima parola e l'ultima. Note sul rovesciamento di Roe vs Wade
Valeria Verdolini

18
Il diritto all'aborto è al cuore della relazione con la paziente
Jill Kalman
Stacey E. Rosen

IL PUNTO SUI CONFLITTI DI INTERESSE

21
Contrastare il conflitto di interessi significa equità
Antonio Panti



Gli articoli raccolti in questo numero sono post pubblicati sul sito www.ilpunto.it

24
Come affrontare il conflitto di interessi in sanità?
Nerina Dirindin

27
Le linee guida e gli interessi in conflitto
Marco Bobbio

30
L'informazione e i conflitti di interesse
Luca De Fiore

34
Perché scrivo su Sensible Medicine
Vinay Prasad

35
Disarmo nucleare: una priorità di sanità pubblica
Pirous Fateh-Moghadam

38
Relazione tra scienza e politica nel contesto ambiente e salute
Liliana Cori,
Fabrizio Bianchi

42
Cambiamento climatico: anche il NEJM accende la sveglia
A cura della redazione de il punto

45
Il ruolo dei medici nel rispetto dell'ambiente e della salute

46
Il medico sarà ancora un medium?
Matteo Cresti

50
Intelligenza artificiale in medicina: è una scelta politica?
Andrea Capocci,
Teresa Numerico

57
LETTURE
Pandemia, dallo choc alla trasformazione

58
LETTURE
I percorsi della cattiva informazione

60
LESSICO DI BIOETICA
Big data
Fiorello Casi

61
LESSICO DI BIOETICA
Obiezione di coscienza
Francesca Minerva

@ilpunto_OMCeO

il punto

confronti su medicina e sanità

ANNO I, NUMERO 3
LUGLIO-SETTEMBRE 2022

Direttore scientifico
Guido Giustetto

Direttore editoriale
Rosa Revellino

Comitato redazionale
Gianluigi D'Agostino,
Venera Gagliano, Andrea Gatta,
Guido Regis, Angelica Salvadori,
Emanuele Stramignoni,
Rosella Zerbi.
Laura Tonon e Celeste De Fiore
(Il Pensiero Scientifico Editore)
Collaboratori: Giulia Annovi,
Viola Bachini, Luciana De Fiore,
Alessandro Magini

Comitato editoriale
Marco Bobbio, Michela Chiarlo,
Giampaolo Collecchia, Lucia
Craxi, Fabrizio Elia, Elena
Gagliasso, Libero Ciuffreda,
Giuseppe Cristina, Roberto
Longhin, Giuseppe Naretto,
Luciano Orsi, Elisabetta Pulice,
Lorenzo Richiardi, Massimo
Sartori, Vera Tripodi, Marco
Vergano, Paolo Vineis

Consiglio direttivo dell'OMCeO di Torino
Guido Giustetto (*presidente*),
Guido Regis (*vicepresidente*),
Rosella Zerbi (*segretaria*),
Emanuele Stramignoni (*tesoriere*),
Domenico Bertero, Patrizia
Biancucci, Tiziana Borsatti,
Vincenzo Michele Crupi, Gianluigi

D'Agostino (*presidente CAO*),
Riccardo Falchetta, Riccardo
Faletti, Gilberto Fiore, Ivana
Garione, Aldo Mozzone, Fernando
Mùia, Angelica Salvadori, Renato
Turra, Roberto Venesia

Sede e contatti
OMCeO Torino
Corso Francia 8 - 10143 Torino
email: info@ilpunto.it

Produzione e amministrazione
Il Pensiero Scientifico Editore
Via San Giovanni Valdarno 2,
00138 Roma
tel. 06862821 | fax 0686282250
e-mail: pensiero@pensiero.it
internet: www.pensiero.it
c/c postale: 902015

Direttore responsabile
Giovanni Luca De Fiore

Progetto grafico e impaginazione
Typo85, Roma

Stampa
Ti Printing, Roma
Autorizzazione Tribunale di
Torino numero registro stampa
65/2021 del 29/12/2021
(già 793 del 12/01/1953).

Immagini
In copertina: "Sculls - Po River,
Turin" di slack12 / CC BY.
Nelle pagine interne le foto
non firmate sono di iStock.
Tutti i diritti sono riservati.

Diritti d'autore
Tutto il materiale pubblicato in
queste pagine è disponibile sotto
la licenza "Creative Commons
Attribuzione - Non commerciale
- Condividi allo stesso modo

4.0 Internazionale". Può essere
riprodotto a patto di citare
ilpunto.it, di non usarlo per fini
commerciali e di condividerlo
con la stessa licenza.

Finito di stampare ottobre 2022

Abbonamenti 2022

Per l'Italia
privati € 40,00 (per gli iscritti
OMCeO Torino ricompreso
nell'iscrizione all'Ordine)
enti, istituzioni, biblioteche € 50,00
Per l'Estero € 60,00
L'abbonamento decorre
dal mese di gennaio a dicembre

Per abbonamenti:
Andrea De Fiore
tel. 06 86282324
e-mail: andrea.defiore@pensiero.it

Fiducia e incertezza

Guido Giustetto
Presidente OMCEO Torino
Direttore scientifico ilpunto.it

Di recente sono stati pubblicati i risultati di un'analisi esplorativa condotta da un ampio gruppo di lavoro internazionale¹ sui potenziali fattori correlati alla prevenzione e al trattamento della covid-19 in 177 Paesi, e in particolare sui fattori che hanno impedito la diffusione del virus e la morte per malattia. Obiettivo dello studio: poter individuare le condizioni iniziali che hanno favorito il controllo della pandemia.

L'elemento chiave è risultato essere la fiducia. Maggiore era la fiducia dei cittadini (interpersonale e per il governo) minore è stato il numero di infezioni. Nessun altro fattore sociale (disuguaglianza economica o fiducia nella scienza) o imputabile a misure di capacità statale (efficacia del governo o fragilità dello stato) oppure a caratteristiche dei sistemi politici (democrazia elettorale o populismo) è risultato aver influito sulla variazione delle infezioni o la mortalità da malattia nel confronto tra i Paesi. È stata la fiducia a regolare gli esiti della covid-19.

Nella nostra società è invece presente un sentimento di sfiducia e di sospetto nei confronti della scienza, della cultura, dello studio, della competenza, dello Stato, delle istituzioni e del Servizio sanitario nazionale. Il medico è però forse la figura nei confronti della quale la fiducia permane con maggior continuità. E allora quale ruolo potrebbe avere un medico nel ricostruire un clima di responsabilità condivisa verso il bene comune? Il medico potrebbe diventare il "traduttore di fiducia"³ tra pazienti e servizio sanitario? Per questo è necessario che i protagonisti della relazione terapeutica esplicitino, confrontino e condividano visioni e paradigmi. Ma soprattutto la costruzione di una diversa fiducia⁴ è un impegno sociale e ha bisogno di essere sostenuta da servizi alla

salute efficienti e attendibili.

La pandemia ha messo a nudo il disorientamento e la vulnerabilità di medici e pazienti di fronte all'incertezza ed è stato chiaro quanto la cultura della medicina manifesti una radicata riluttanza ad accettare questa condizione. Eppure saper comunicare la nostra incertezza è un presupposto essenziale se vogliamo che i pazienti partecipino con fiducia al processo decisionale.

Proviamo a partire da alcuni punti fermi:⁵

1. ammettere l'incertezza non è un fallimento,
2. tutti noi professionisti della sanità siamo persone vulnerabili, con le nostre emozioni, con la preoccupazione di sbagliare,
3. i pazienti sono nostri alleati e comunicare loro l'incertezza è utile e la sfida sull'incertezza da tollerare va lanciata insieme,
4. mettersi nei panni dei pazienti e dei famigliari aiuta la relazione di cura e l'alleanza,
5. comunicare l'incertezza ai pazienti non sempre è facile, ma esistono strumenti di aiuto per le comunicazioni difficili,
6. comunicare le diagnosi con un taglio probabilistico aiuta a vivere l'incertezza come normalità: "questa è l'ipotesi migliore che mi sento di fare". ▲

Fiducia. Atteggiamento, verso altri o verso sé stessi, che risulta da una valutazione positiva di fatti, circostanze, relazioni, per cui si confida nelle altrui o proprie possibilità, e che generalmente produce un sentimento di sicurezza e tranquillità²

Bibliografia

¹ Bonati M. La fiducia. *Ricerca&Pratica*, 2022; 38: 3-8.

² Fiducia nel vocabolario Treccani www.treccani.it/vocabolario/fiducia/

³ Gambarelli G. Affidabilità e fiducia nella comunicazione dell'incertezza. Il ruolo del medico di medicina generale. *DNA - Di Nulla Academia* 2020; 1: 38-48.

⁴ Spinsanti S. Una diversa fiducia. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2022.

⁵ J Koffman, Gross J, Etkind SN, Selman L. Uncertainty and covid-19: how are we to respond? *J R Soc Med* 2020; 113: 211-6.

Esperienza comune che alcuni pazienti non seguano le terapie prescritte; con una brutta espressione li chiamiamo “non complianti”. Altri pazienti invece rifiutano esplicitamente un intervento che, in base alle linee guida e all’esperienza del medico, viene considerato utile o addirittura indispensabile. Una ricca letteratura scientifica attribuisce il fenomeno alle caratteristiche dei pazienti, alla complessità della terapia, agli effetti indesiderati di alcuni farmaci, all’inadeguato rapporto fiduciario con il medico, alla frettezza della prescrizione. Cosa succede di questi pazienti?

Ci sono medici che si dedicano al paziente, alle sue sofferenze, alle sue esigenze, alle sue aspettative e li accompagnano anche nelle scelte non ortodosse, applicando quell’istinto empatico e accudente che ogni professionista sanitario dovrebbe avere nel suo dna. Talvolta invece

i pazienti vengono abbandonati o ignorati dallo specialista che sembra più interessato a eseguire procedure che non a curare i pazienti affetti da una particolare patologia. Più technology oriented che patient oriented.

Storie Slow

Dalla fine del 2020 il sito web di Slow Medicine, nell’ambito del progetto denominato “Storie Slow”, pubblica ogni settimana¹ casi clinici descritti da medici, infer-

Leggendo e scrivendo storie si può imparare a tollerare l’ambiguità della pratica clinica. Al contempo, s’impara a conoscere sé stessi e a sviluppare l’ascolto che sta alla base della relazione di cura

Quando il paziente rifiuta l’intervento

Dalle storie di pazienti alla ricerca di una medicina che cura: Slow Medicine

Marco Bobbio

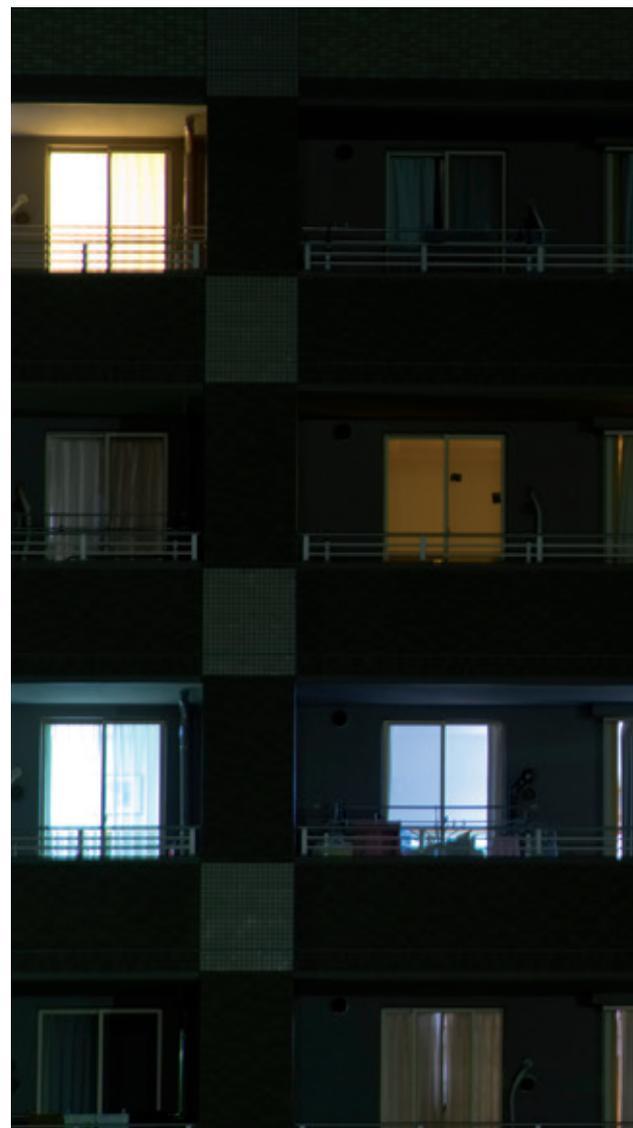
Medico, già primario di Cardiologia, Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo

Michela Chiarlo

Medico, Reparto di Medicina d’urgenza, Ospedale San Giovanni Bosco di Torino

Paola Arcadi

Infermiera, Università degli studi di Milano



mieri, professionisti sanitari, pazienti e parenti che raccontano l'efficacia di un approccio sobrio, rispettoso e giusto nelle cure (secondo i principi fondativi dell'associazione Slow Medicine). È stata scelta la formula delle storie perché la narrazione, la lettura e la scrittura aiutano i professionisti sanitari a comprendere più approfonditamente il punto di vista del paziente, a provare a mettersi nei suoi panni e quindi a sviluppare empatia e sono più incentivati a prendere in considerazione i valori e le dinamiche, che possono essere diversi dai propri. Leggendo e scrivendo storie si può imparare a tollerare l'ambiguità della pratica clinica (la parte soft della medicina, che sfugge a regole ferree e visioni assolute); al contempo, s'impara a conoscere sé stessi e a sviluppare l'ascolto che sta alla base della relazione di cura. Dalla nascita del progetto ad oggi, sono state pubblicate nel sito di Slow Medicine

70 storie che possono essere raggruppate in cinque filoni.

Il tempo di relazione è tempo di cura: tempo inteso come ascolto, fiducia, momento di espressione dei gesti di cura, relazione come strumento che ha esiti sulla salute delle persone.²

1. I luoghi di una cura "slow": le cure domiciliari come espressione di rispetto della volontà della persona, come garanzia di qualità di vita.

2. Fare di più non significa fare meglio: deprescrizione, rinuncia a trattamenti invasivi, rispetto della volontà della persona di non subire interventi non proporzionati con la propria concezione di salute.³

3. Cure slow nel fine vita: rispetto della volontà della persona, gesti di cura nel fine vita, accanimento terapeutico, comunicazione veritiera, mantenimento della qualità della vita.

4. Standardizzazione versus personalizzazione delle cure: promuovere decisionalità e autocura, promuovere scelte consapevoli, umanizzazione dei luoghi di cura.

Patient oriented

Da alcuni stralci di storie si evince il rapporto costruttivo che si è venuto a creare tra un medico e un paziente e che ha permesso di individuare un percorso clinico che tenga conto delle aspettative e dei valori del paziente da una parte e le raccomandazioni della medicina basata sulle prove di efficacia dall'altra.

A Miranda "capelli d'argento con sfumature celesti, occhi piccoli e vispi, sorriso gentile" all'età di 80 anni durante un ricovero per scompenso cardiaco venne posta diagnosi di stenosi aortica severa.

All'epoca Miranda conduceva una vita attiva, nonostante i precedenti interventi di bypass coronarici e la terapia anticoagulante per la fibrillazione atriale. "Cosa succederà se non sostituisco questa valvola?" Mi aveva chiesto. Da giovane cardiologa avevo illustrato rischi e benefici, determinata a convincerla a sottoporsi all'operazione e a garantirle una vita lunga e serena. [...] Qualche giorno dopo mi aveva telefonato: mi aspettavo un ringraziamento e





una richiesta di incoraggiamento prima del ricovero e dell'intervento, invece Miranda, in tono quasi di scuse, mi aveva comunicato che non intendeva più sottoporsi alla sostituzione della valvola difettosa. "Non è per Lei, dottoressa - aveva tenuto a precisare - lo so che è giovane e preparata, ma io sono anziana e non me la sento di affrontare questo intervento, non se ne abbia a male". Cosa fare? Insistere sulla necessità dell'intervento, come mi avevano insegnato alla scuola di cardiologia? O accettare il sottile equilibrio tra benessere fisico e mentale particolarmente critico nell'anziano? Cedetti al volere della paziente e negli anni successivi imparai a gestire la cronicità in tutti i suoi aspetti, a dosare il diuretico con estrema attenzione, a garantire visite più frequenti del solito e telefonate ai familiari tra una visita e l'altra per rincorrere il fragile equilibrio della valvola calcifica della fata turchina.

Mario è un sessantenne seguito per anni dopo un infarto miocardico. I controlli periodici cominciarono a evidenziare una stenosi aortica che fortunatamente non gli dava il minimo disturbo soggettivo. La valvulopatia gradualmente divenne severa, pur rimanendo lui sempre asintomatico.

▲ *Gli consigliai di sentire il parere di un cardiocirurgo. [...] L'intervento dal punto di vista della gravità della malattia valvolare era indicato e lui l'avrebbe eseguito, ma i rischi operatori erano però discreti, correlati all'età, al pregresso infarto e alla necessità della circolazione extracorporea. Mario non sembrò turbato dalle parole del chirurgo. In cuor suo aveva già deciso. "Dottore, ad oggi non ho sintomi, faccio la mia vita tranquilla da vecchietto". Sarò onesto con lei: preferisco non operarmi". Accettai la sua decisione, ma dentro di me rimase il dubbio di non aver fatto il massimo per lui, di non aver esercitato tutta la mia influenza, di non averlo guidato verso ciò che la medicina "evidence based" sosteneva essere la soluzione terapeutica migliore per lui.*



Paul Bica / CC BY

Enrico è un costruttore edile, si era fatto da solo, con determinazione, non risparmiandosi nel lavoro, e con una tenacia che non ammetteva cedimenti, né rispetto al figlio né ai dipendenti della sua azienda. Dell'origine emiliana, oltre al carattere socievole e aperto, aveva anche alcune abitudini alimentari non estranee al sovrappeso, che cercava di antagonizzare con l'attività fisica: nuoto e tennis.

Ma proprio in queste attività, che affrontava con lo stesso impegno che metteva nel lavoro, era costretto a fermarsi dal dolore al petto che gli toglieva, insieme al respiro, il piacere e il beneficio che ricercava. Al termine della valutazione Enrico, che aveva perfettamente compreso il risultato della prova, mi chiese cosa dovesse cambiare nella sua vita e mi esplicitò quello a cui non voleva rinunciare, lavoro e attività fisica, dicendosi disponibile a seguire una cura con farmaci. Non intendeva invece fare esami "invasivi" (coronarografia) e tantomeno affrontare l'intervento chirurgico, che era entrato allora nelle opzioni terapeutiche. [...] La mia decisione di seguirlo clinicamente e con terapia medica senza eseguire la coronarografia non era un cedimento alle sue "direttive" né una posizione pregiudiziale nei confronti di un interventismo medico che, specie in campo cardiologico, mi appariva allora, ed ancor più oggi, biologicamente debole.

Technology oriented

Abbiamo anche ricevuto storie che documentano un comportamento più indirizzato allo svolgimento delle procedure che all'affrontare i bisogni dei pazienti, privilegiando l'interesse sulla patologia piuttosto che sulla cura di una persona ammalata.

Giorgio è un settantenne che nell'arco di alcuni anni ha avuto tre episodi di flutter atriale, giocando a tennis, risolti con la cardioversione elettrica in pronto soccorso; prenota una visita aritmologica, consulta un amico medico e si documenta leggendo alcuni articoli scientifici. Così Giorgio scopre che il trattamento di elezione è l'ablazione in grado di risolvere il problema nel 90 per cento dei casi; ma impara che un'elevata percentuale di pazienti va incontro a fibrillazione atriale nell'arco di cinque anni.

L'aritmologo si è informato velocemente sul mio stato di salute e mentre l'infermiera eseguiva un ecg ha letto il resoconto del pronto soccorso. "L'ecg è normale" – mi ha detto assentendo – "è venuto per l'ablazione?" "Beh, a dire il vero – gli rispondo – al momento sto bene, non ho avuto altri episodi e sono venuto per avere qualche informazione sui vantaggi e gli svantaggi di un eventuale trattamento". "Guardi – mi risponde in modo gentile ma fermo – "la procedura è assolutamente sicura, i rischi di complicanze sono molto rari ed è efficace in oltre il 90 per cento dei casi" [nessun accenno al rischio di fibrillazione atriale]. "Se vuole, possiamo metterla in lista d'attesa." "Beh – gli rispondo un po' impacciato – da quando non gioco a tennis il problema non si è più presentato e al momento sto bene. So che l'80 per cento dei pazienti che esegue l'ablazione dopo cinque anni va in fibrillazione atriale, cosa succede se non faccio nulla?" "Caro signore, questo non glielo possiamo dire noi. Il nostro Centro segue solo i pazienti che si sottopongono alle nostre cure. Lei è libero di non fare nulla, ma è una scelta tutta sua". A questo punto il tempo è finito e la visita si conclude.

Silvio è un anestesista che a 47 anni, senza precedenti malattie, inizia a riscontrare elevati valori di pressione arteriosa.

Dopo terapie antipertensive, perdurando astenia, ipertensione diastolica e ipopotassemia, viene fatta diagnosi di ipertensione dovuta a un tumore della ghiandola surrenale. Mi viene proposto l'intervento chirurgico di asportazione della surrenale sinistra per via endoscopica, ponendosi come alternativa l'impiego di un farmaco antialdosteronico, con i relativi spiacevoli effetti collaterali, specie per gli uomini. [...] Raccolgo informazioni scientifiche: basso rischio di complicanze intra e post-operatorie dell'intervento chirurgico (considerato tuttora la terapia di scelta); dopo l'intervento solo nel 50-70 per cento dei casi i valori pressori si normalizzano senza ulteriori farmaci; gli adenomi surrenali aumentano di volume in piccola percentuale (5-20 per cento) e l'evoluzione in malignità è molto bassa (<1/1000). Poiché non trovo prove secondo cui l'intervento chirurgico migliori la sopravvivenza e/o la qualità di vita, decido di continuare con la terapia medica. Appresa questa notizia, il medico che fino a quel momento si è occupato con molta professionalità del caso, mi augura cortesemente "Buona fortuna!" e si disinteressa del mio destino.

Questo paziente

Nel suggerire un programma diagnostico o terapeutico i medici fanno riferimento a raccomandazioni individuate per “pazienti come questo” piuttosto che per “questo paziente”. I risultati dei trial clinici randomizzati esprimono il risultato medio di un gruppo composito di pazienti con la stessa malattia, ma diversi per sesso, età, comorbidità, funzione renale, polmonare e cardiaca. I pazienti reclutati differiscono anche per livello di istruzione, reddito, ambiente di vita, volontà di vivere, soddisfazione della loro vita, supporto familiare, felicità, depressione. Applicando i risultati del trial clinico randomizzato a “questo paziente” i medici si aspettano che le molteplici caratteristiche specifiche del paziente non si discostino troppo dal paziente medio che ha ottenuto risultati migliori con il trattamento A rispetto a B. Identificare la cura che si adatta ai singoli pazienti richiede che pazienti e clinici lavorino insieme rispettando valori, attitudini, competenze e creando un programma che abbia senso per entrambi. Quando prescriviamo un trattamento a un paziente non sappiamo a priori se “questo paziente” sarà di quelli che beneficerà o di quelli che dovrà sopportare gli effetti indesiderati. A “questo paziente” l’aspirina eviterà l’ictus o faciliterà l’insorgenza di un’emorragia

Rimettere al centro del nostro impegno quotidiano come medici “questo paziente” e la sua malattia invece di un “paziente come questo” ci permetterà di praticare una medicina che davvero cura e non solo interviene

cerebrale? Non lo possiamo sapere prima e quindi proponiamo il trattamento mediamente migliore. Ma “questo paziente” non è mai un paziente medio. È questo paziente, appunto.

Definiamo erroneamente “irrazionali” i pazienti che non seguono i nostri consigli, senza capire che, in molti casi, lui/lei è solo confuso/a dalle “complicate emozioni e storie di fondo che rendono unico ognuno di noi. E che se ricorriamo alle etichette in un momento di bisogno devastante, allora perdiamo di vista ciò che significa essere umani”.⁴ Una comunicazione efficace tra medico e paziente è associata a una riduzione delle accuse di negligenza,⁵⁻⁸ a risultati di salute positivi,⁹⁻¹⁰ a una migliore salute generale,¹¹⁻¹² riduce i costi totali¹³ e aumenta la soddisfazione del paziente in diversi modelli organizzativi di servizi sanitari primari.¹⁴⁻¹⁵ Trasmettere rispetto può anche avere effetti positivi sui risultati di salute equi, sulla soddisfazione del paziente e sulla fiducia reciproca.¹⁶

Limitazioni

I casi clinici non fanno casistica, non dimostrano l’efficacia di un trattamento o di una scelta terapeutica. Sono i trial clinici randomizzati e le metanalisi che devono guidare le nostre scelte. I casi personali però ci raccontano molto, ci raccontano di singole persone e non di come si sono comportanti in media centinaia o migliaia di pazienti simili a quello che devo curare. In particolare, le storie riportate in questo articolo non hanno lo scopo di spiegare il comportamento dei medici, ma di offrire esempi di comportamenti che dimostrano la positiva collaborazione tra un medico e un paziente e altri che evidenziano il disagio di pazienti che si sono sentiti abbandonati perché non sono più “casi interessanti”. Le storie non rappresentano un comportamento medio, ma esempi su cui riflettere. Potremmo infatti trovare altre cinque storie simili che hanno avuto un risultato opposto, ma questo non inficia il significato di questi racconti.

Il destino di quei pazienti

Rimane da raccontare la fine delle vicende di questi pazienti. Quali conseguenze ha comportato aver accolto i desideri di pazienti o averli abbandonati al loro destino. Miranda, la signora con la stenosi aortica.

▶ *Negli anni successivi Miranda aveva perso autonomia, sempre più stanca e acciaccata si spostava con una sedia a rotelle, ma con il conforto di una splendida famiglia attenta alle sue necessità. [...] “Mia mamma è morta – mi telefona una mattina il figlio. Nonostante i suoi alti e bassi è sempre stata serena, anche perché sapeva di potere sempre contare su di Lei. Grazie di cuore, dottoressa”. Appoggio la cornetta e rimango in silenzio a pensare: Miranda con la sua caparbieta e i suoi rifiuti aveva avuto ragione.*

Mario, il sessantenne con la stenosi aortica.

▶ *Non ho abbandonato Mario; ho lenito la sua sofferenza con le cure finché ho potuto, ma anche con le parole che lui voleva sentirmi dire. Se ne è andato come voleva, e io so che fino all'ultimo i suoi occhi non hanno mai pianto per la disperazione e la paura anche quando l'ho abbracciato per l'ultima volta.*

Enrico, il costruttore edile con angina da sforzo.

▶ *Sentirsi protagonista della favorevole evoluzione della malattia l'aveva portato a rinunciare anche ad ogni attività lavorativa. Continuava scrupolosamente la cura del cammino e i farmaci. Più avanti negli anni mi informava delle camminate: se qualche conoscente lo avesse fermato per salutarlo, Enrico avrebbe chiuso bruscamente con un: “non posso, sto facendo la mia cura”.*

Giorgio, con le crisi di flutter atriale, a cui è stata proposta l'ablazione.

▶ *Da questo colloquio sono trascorsi ormai tre anni. Ho smesso di giocare a tennis, ma per il resto la vita è come prima. È davvero inconcepibile che la medicina prenda in considerazione solo i casi che si sottopongono ai trattamenti proposti e non mostri alcun interesse a chi consapevolmente intende seguire un'altra strada. Il percorso è a senso unico. Se vuoi puoi uscirne, ma sono fatti tuoi e così si perdono informazioni preziose che potrebbero essere utili a molti altri pazienti per i quali fare di più non è sempre meglio.*

Silvio, l'anestesista con il tumore surrenalico.

▶ *Dal punto di vista terapeutico, ho ridotto progressivamente e poi sospeso i farmaci; a 16 anni dalla diagnosi, sono senza terapia antiipertensiva, con i livelli di potassio nella norma ed entrambi i surreni.*

Rimettere al centro del nostro impegno quotidiano come medici “questo paziente” e la sua malattia invece di un “paziente come questo” ci permetterà di praticare una medicina che davvero cura e non solo interviene. ▲

Chi avesse seguito casi di pazienti che hanno affrontato la malattia in modo slow, può inviarmi (michelachiarlo@gmail.com) il suo racconto che verrà pubblicato nel sito di Slow Medicine.

Bibliografia

- 1 www.slowmedicine.it/storie-slow
- 2 Arcadi P, Chiarlo M, Bobbio M. Il tempo è la cura. Lo sguardo di Slow Medicine. *L'infermiere* 2021; 58: 6, 1-5.
- 3 Chiarlo M, Arcadi P, Bobbio M. Quando la medicina è rispettosa. *Recenti Prog Med* 2022; 113: 129-131.
- 4 Thurston A. The Unreasonable Patient. *JAMA*. 2020; 323: 1698-1699. doi: 10.1001/jama.2020.2974. PMID: 32369143.
- 5 Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, Smee S, Blackmore D, Winslade N, Girard N, Du Berger R, Bartman I, Buckeridge DL, Hanley JA. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA* 2007; 298: 993-1001.
- 6 Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 1994; 343: 1609-13.
- 7 Levinson W, Yeung J, Ginsburg S. Disclosure of Medical Error. *JAMA* 2016; 316: 764-5.
- 8 Eastaugh SR. Reducing litigation costs through better patient communication. *Physician Exec* 2004; 30: 36-8.
- 9 Mead N, Bower P, Hann M. The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med* 2002; 55: 283-99.
- 10 Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (4): CD003267.
- 11 Olaisen RH, Schluchter MD, Flocke SA, et al. Assessing the longitudinal impact of physician-patient relationship on functional health. *Ann Fam Med* 2020; 18: 422-9.
- 12 Safran DG. Defining the future of primary care: what can we learn from patients? *Ann Intern Med* 2003 ; 138: 248-55.
- 13 Kaplan RS, Haas DA, Warsh J. Adding value by talking more. *N Engl J Med* 2016; 375: 1918-1920.
- 14 Safran, DG, Wilson IB, Rogers WH, et al. Primary care quality in the Medicare Program: Comparing the performance of Medicare health maintenance organizations and traditional Fee-for-Service Medicare. *Arch Intern Med* 2002; 162: 757-65.
- 15 Makoul G, Zick A, Green M. An evidence-based perspective on greetings in medical encounters. *Arch Intern Med* 2007; 167: 1172-6.
- 16 Beach MC, Sugarman J, Johnson RL, et al. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Ann Fam Med* 2005; 3: 331-8.

Gli ospedali sono contemporaneamente luoghi di pena e luoghi di cura, sono gli edifici ostili dove i corpi prevalgono sulle persone. Ma sono anche la dimensione fisica della speranza che si possa riparare qualcosa che non funziona, che si possa – almeno temporaneamente – tenere a bada la malattia e la morte.

Soprattutto nei Paesi europei dove i sistemi di welfare e il riconoscimento del diritto alla salute sono diventati patrimonio del senso comune, gli ospedali esibiscono in modo diretto questa duplice natura di distanza e di vicinanza. Una macchina della cura ma con una porta sempre aperta. La macchina non viene travestita da albergo, si prova a ingentilirla, a “umanizzarla” ma non si riesce a neutralizzare la sostanziale brutalità che corrisponde – per chi le si affida – alla sospensione consapevole di sovranità sul proprio corpo. Eppure in un sistema sanitario universalista, dentro questa relazione asimmetrica di potere, l’ospedale realizza un diritto che – prima di essere diritto all’assistenza e alla cura – è diritto all’ascolto, diritto a essere accolti. Si ritiene spesso e a ragione che le persone facciano un ricorso eccessivo all’ospedale, che non siano in grado di misurare la dimensione e la gravità dei loro bisogni: però, manca spesso in queste considerazioni la banale constatazione che i singoli non sono necessariamente in grado di assegnare una misura alle loro necessità e che, proprio quando il sistema sanitario perde di vista le persone, è ancora al sistema sanitario che loro si rivolgono nella forma più semplice e diretta, sopportando anche i lunghi tempi di attesa del pronto soccorso.

L’operatore che accoglie è spesso stanco, forse distratto, magari irritato dalla banalità delle richieste o sconvolto da drammi per cui si sente impreparato o impotente. Talvolta si trincerava dietro le procedure, le tecniche, il mestiere: si disumanizza un po’ per continuare a essere umano, ma la funzione che svolge prescinde in una certa misura anche dalla sua individualità.

Gli ospedali tra distanza e vicinanza. Tra burocrazia e ascolto

Dove il sistema sanitario diventa una persona, magari dietro uno sportello: porte aperte sulla quotidianità della malattia e del bisogno

Carlo Saitto

*Medico di sanità pubblica
Già direttore generale di un’azienda sanitaria
della Regione Lazio*

Quell’operatore è comunque parte di un sistema di welfare e se ne assume implicitamente la responsabilità.

Può sembrare paradossale se si considera la dimensione impersonale degli ospedali, il loro carattere burocratico, il filtro strutturale e tecnologico che si interpone tra il paziente e la cura, ma l’ospedale è luogo dove si stabilisce necessariamente un contatto tra le persone, dove il sistema sanitario diventa una persona, magari dietro uno sportello o forse solo per accompa-

Ospedale come spazio in cui si concretizza il diritto all’ascolto

The building

by Philip Larkin

Higher than the handsomest hotel
The lucent comb shows up for miles, but see,
All round it close-ribbed streets rise and fall
Like a great sigh out of the last century.
The porters are scruffy; what keep drawing up
At the entrance are not taxis; and in the hall
As well as creepers hangs a frightening smell.

There are paperbacks, and tea at so much a cup,
Like an airport lounge, but those who
tamefully sit
On rows of steel chairs turning the ripped
mags
Haven't come far. More like a local bus.
These outdoor clothes and half-filled
shopping-bags
And faces restless and resigned, although
Every few minutes comes a kind of nurse

To fetch someone away: the rest refit
Cups back to saucers, cough, or glance below
Seats for dropped gloves or cards. Humans,
caught

On ground curiously neutral, homes and names
Suddenly in abeyance; some are young,
Some old, but most at that vague age that claims
The end of choice, the last of hope; and all

Here to confess that something has gone wrong.
It must be error of a serious sort,
For see how many floors it needs, how tall
It's grown by now, and how much money goes
In trying to correct it. See the time,
Half-past eleven on a working day,
And these picked out of it; see, as they climb

To their appointed levels, how their eyes
Go to each other, guessing; on the way
Someone's wheeled past, in washed-to-rags
ward clothes:
They see him, too. They're quiet. To realise
This new thing held in common makes them quiet,
For past these doors are rooms, and rooms
past those,
And more rooms yet, each one further off

And harder to return from; and who knows
Which he will see, and when?
For the moment, wait,
Look down at the yard. Outside seems old enough:
Red brick, lagged pipes, and someone
walking by it
Out to the car park, free. Then, past the gate,
Traffic; a locked church; short terraced streets
Where kids chalk games, and girls with
hair-dos fetch

L'edificio

di Philip Larkin

Più in alto dell'albergo più lussuoso
la cima lucente si mostra a una distanza di miglia, ma, guarda,
tutt'intorno sale e scende un reticolo fitto di strade
che sembra rigurgitato dal secolo scorso.
I portieri sono in cattivo arnese; quelli che continuano ad
avvicinarsi all'ingresso non sono taxi; e nell'atrio
rimane sospeso, insieme ai rampicanti, un odore che fa paura.

Ci sono libri tascabili e tè a pochi centesimi per tazza,
come fosse la sala d'attesa di un aeroporto, quelli però
che siedono docili
su file di sedie metalliche, sfogliando le riviste arricciate,
non vengono da lontano. Sembrano passeggeri di un bus
di quartiere.
Abiti di quelli buoni per uscire di casa e borse per la spesa
mezze vuote
e volti inquieti e rassegnati. Ecco ogni pochi minuti arriva
una specie di infermiera

per accompagnare via qualcuno: gli altri rimettono
la tazza sul piattino, tossiscono o danno un'occhiata sotto
i sedili alla ricerca di guanti o carte cadute. Persone, sorprese
in un terreno curiosamente neutrale, le loro case, i loro nomi
rimangono improvvisamente in sospeso; alcuni sono giovani,
alcuni molto anziani, ma la maggioranza sono di quell'età
incerta che segna la fine delle scelte e lascia appena un
residuo di speranza; tutti

sono qui per ammettere che qualcosa è andato storto.
Dev'essere un errore davvero serio,
guarda quanti piani servono e quale imponente
struttura e quanto denaro occorra per provare
a correggerlo. Guarda l'ora,
sono le undici e mezza di un qualsiasi giorno di lavoro
dal quale queste persone sono state espulse; guarda come
salgono

al piano loro assegnato, come i loro occhi
si scambino sguardi curiosi; nel frattempo
qualcuno è stato portato via in carrozzella coperto con un
camicione consunto da ospedale.
Lo vedono certo e restano indifferenti. Rendersi conto
di questo fatto nuovo che condividono li rende indifferenti,
sanno che oltre queste porte ci sono stanze e altre stanze
e altre stanze ancora ciascuna sempre più lontana

e da cui è sempre più difficile tornare; chi può sapere quale
toccherà a lui e quando?
Per adesso aspetta
e guarda giù nel cortile. Tutto sembra piuttosto vecchio là
fuori:
mattoni rossi, tubature coibentate e qualcuno che cammina
fino al parcheggio, libero. Poi, oltre il cancello,
traffico; una chiesa serrata; brevi strade di case a schiera
dove i bambini disegnano giochi con il gesso e dove ragazze, con
i capelli appena fatti,

Their separates from the cleaners - O world,
Your loves, your chances, are beyond
the stretch

Of any hand from here! And so, unreal
A touching dream to which we all are lulled
But wake from separately. In it, conceits
And self-protecting ignorance congeal
To carry life, collapsing only when

Called to these corridors (for now once more
The nurse beckons). Each gets up and goes
At last. Some will be out by lunch, or four;
Others, not knowing it, have come to join
The unseen congregations whose white rows
Lie set apart above - women, men;
Old, young; crude facets of the only coin

This place accepts. All know they are going
to die.

Not yet, perhaps not here, but in the end,
And somewhere like this. That is what it
means,

This clean-sliced cliff; a struggle to transcend
The thought of dying, for unless its powers
Outbuild cathedrals nothing contravenes
The coming dark, though crowds each
evening try.

vanno in tintoria a ritirare i loro completi – Oh mondo,
Le tue lusinghe, le tue opportunità sono fuori
dalla portata

di qualunque mano si protenda da questo luogo! E così, irreali,
un sogno commovente che ci culla tutti, insieme,
anche se il risveglio ci troverà di nuovo divisi. Un sogno in cui
le illusioni e l'ignoranza che ci protegge si consolidano
per permetterci di tirare avanti e crollano solo quando

siamo chiamati in questi corridoi (infatti ecco proprio adesso
l'infermiera fa un cenno). Qualcuno si alza e, finalmente, si avvia.
Certi saranno fuori per l'ora di pranzo o magari alle quattro;
Altri, senza saperlo, sono venuti ad aggiungersi a quelle
consorterie nascoste che si dispongono in bianche file
ben divise dall'alto - donne, uomini;
vecchi, giovani; facce anonime dell'unica moneta

che questo luogo riconosca. Tutti sappiamo che si avviano
alla morte.

Non ancora, non qui forse, ma senza dubbio,
e da qualche parte simile a questa. Ecco il significato di questa
roccia geometrica dagli spigoli netti; una lotta per
trascendere

il pensiero della morte. Se il suo potere infatti
non sovrasta le cattedrali niente può ostacolare
la tenebra incombente per quanto tanti disperatamente,
ogni sera, tentino.

gnare. In qualche caso, diviene un interlocutore al quale chiedere conto di quello che il sistema non ha fatto o non sta facendo o non fa con la sollecitudine considerata necessaria.

Almeno all'interno dei sistemi pubblici di welfare, l'ospedale non è dunque solo un fornitore di prestazioni, di interventi più o meno sofisticati, erogatore di nuove tecnologie o della formazione e dell'aggiornamento dei professionisti, ma una porta sulla realtà esterna e sulla quotidianità della malattia e del bisogno.

La dimensione soggettiva versus la dimensione universale

Non è forse un caso che una delle immagini dell'ospedale più ricche di sfumature e più problematiche sia stata disegnata in una forma poetica da Philip Larkin, descrivendo nel 1974 un grande ospedale del servizio sanitario nazionale britannico.

Non c'è in questa descrizione nessuna indulgenza: la struttura sembra burocrati-

camente indifferente e un'indifferenza segnata dal timore contraddistingue anche i pazienti che aspettano il proprio turno per essere assistiti. Il significato dell'ospedale, di questo monolite, una roccia "dagli spigoli netti", è però nella "lotta per trascendere il pensiero della morte. Se il suo potere infatti non sovrasta le cattedrali niente può ostacolare la tenebra incombente per quanto tanti – disperatamente – ogni sera tentino".

Il punto di vista di Larkin pone la dimensione soggettiva e individuale della malattia accanto alla dimensione universale e impersonale della cura. L'esperienza del singolo vede cose e scambia sensazioni che il sistema trascura e sembra quasi che questa trasandatezza, il prevalere di una routine di gesti ripetuti, la percezione avvertita ma non dichiarata dei propri limiti sia un elemento indispensabile della sua, provvisoria, efficacia.

Si tratta forse di una forzatura interpretativa e può sembrare riduttivo confinare

questa meditazione poetica nel contesto di un servizio sanitario pubblico e universalista come quello della Gran Bretagna negli anni Settanta del Novecento; c'è certamente, infatti, un'attenzione a cogliere i comportamenti delle persone di fronte ad un meccanismo che non controllano, pazienti e operatori. Una sensibilità evidente nello sguardo che cerca l'esterno con la banalità e lo squallore dei mattoni rossi, delle tubature, del traffico e di un parcheggio, nell'incertezza su quello che accade e su quello che accadrà, nella osservazione delle procedure imperscrutabili di una burocrazia al lavoro. È una sensibilità che disegna contemporaneamente il rapporto degli individui con la nuova normalità della loro malattia, una normalità incapsulata e sottratta alla vita degli altri, e il rapporto di dipendenza che questa genera nei confronti della struttura che li ospita.

Questa attenzione e questa sensibilità sono per molti versi fuori da un tempo e da un luogo specifico, si confrontano solo con la modernità di una divisione del lavoro che ha dilatato e compartimentato i saperi e che ha creato apparati, eppure sarebbero incomprensibili se non alludessero a uno scambio che sembra tipico dei sistemi pubblici di welfare: il diritto alla salute per essere garantito dallo Stato deve corrispondere all'impovertimento dei rapporti umani. Perché la nuova "roccia dagli spigoli netti" della conoscenza medica possa realizzare i suoi compiti e prendersi cura di noi al di sopra delle superstizioni e delle chiacchiere, il prezzo da pagare è, alla fine, rinunciare a contare, per prendere posto, mestamente e con indifferenza, sulla propria sedia, in attesa.

Larkin apprezza l'enormità di quello che viene fatto ma sembra considerare la mancanza di relazioni personali, una condizione necessaria perché il servizio sanitario nazionale britannico possa assumere una dimensione universalista con un carattere di massa. Ma era davvero così? E se era così allora è così anche oggi? I servizi sanitari pubblici, quello britannico e i suoi epigoni, compreso quello italiano, sono certa-

mente riusciti in questo modo a generare salute e garantire diritti, ma la loro tendenza a offrire prestazioni sulla base della domanda invece che impegnarsi in relazioni di cura ha nel tempo trascurato bisogni nelle comunità e tra le persone, bisogni che si è inutilmente preteso di soddisfare aumentando invece che riducendo l'impersonalità dei servizi e la burocrazia, privilegiando l'abbondanza delle prestazioni rispetto alla loro utilità, sostituendo la tecnologia delle prenotazioni online e del fai da te all'empatia e alla parola.

Proprio perché i sistemi sanitari pubblici hanno avuto successo, il tema delle relazioni di cura è diventato centrale per il loro funzionamento, se davvero se ne vuole garantire la sopravvivenza e se devono assicurare quell'aspirazione all'equità e all'uguaglianza che ne ha sostenuto l'istituzione. ▲

PER APPROFONDIRE

Il memorabile Larkin

Philip Larkin è stato uno scrittore, un poeta e un critico musicale britannico. Quando aveva 21 anni iniziò a scrivere diversi romanzi e racconti giovanili, con lo pseudonimo di Brunette Coleman, pubblicati però solo postumi. Si è guadagnato da vivere facendo il bibliotecario.

Larkin è stato dichiarato il più grande scrittore britannico dal 1945 in poi: nella classifica pubblicata su *The Times* nel 2008 occupa il primo posto, seguito nell'ordine da George Orwell, William Golding, Ted Hughes, Doris Lessing, JRR Tolkien. Nel 2003 è stato eletto dalla Poetry book society come il più amato poeta nazionale. La sua poesia *Le nozze di Pentecoste* (*The Whitsun Wedding*), pubblicata nel 1964, è stata scelta come poesia preferita, e la raccolta di poesie con lo stesso titolo è stata scelta come raccolta preferita.

Nella sua bibliografia *Philip Larkin: A Writer's Life* il poeta Andrew Motion scrive: "Anche se è morto da più di trent'anni, leggerlo ci convince che la poesia ha un potere sui nostri ricordi e sulla nostra immaginazione. Le poesie memorabili, oggi, sono quasi inesistenti. Larkin è quasi sempre memorabile".

La prima parola e l'ultima.

Note sul rovesciamento di Roe vs Wade

Dalle battaglie politiche all'impegno per riaffermare i diritti conquistati e tutelare i corpi delle donne

Valeria Verdolini
*Sociologa del diritto e attivista
Dipartimento di Sociologia e ricerca sociale
Università Bicocca Milano*

PER APPROFONDIRE

Undue burden standard

La sentenza del 1992 individuò il principio, o meglio lo standard, del cosiddetto *undue burden*. Letteralmente "onere non dovuto" ossia il limite nelle norme prodotte, in questo caso sull'interruzione della gravidanza, che non devono diventare esse stesse un impedimento ulteriore alla decisione della donna. In altre parole, è il principio per cui le leggi devono permettere le scelte ma non essere un ostacolo ulteriore. Il principio distingue perciò tra complicazioni materiali e implicazioni sostanziali, che sono, di fatto, incostituzionali.

Il 24 giugno 2022, dopo un lungo iter giudiziario, la Corte suprema americana ha deciso sul caso *Dobbs vs Jackson women's health organization*.¹ Oggetto della contesa era l'attività della clinica *Jackson women's health organization* di Jackson, Mississippi, che praticava interruzioni di gravidanza oltre la quindicesima settimana, in contrasto con la legge dello Stato del Mississippi che vietava tale pratica. Il centro aveva pertanto sollevato la questione di legittimità costituzionale, forte della protezione offerta dalla celebre sentenza *Roe vs Wade*,² del 1973.

Il confronto in sede di Corte suprema ha modificato la protezione costituzionale offerta dalle pronunce precedenti e ha affermato che l'aborto non è di competenza della Corte suprema, rimandando la disciplina al livello, più politico, dei singoli Stati.

Annette Dubois / CC BY



Ma in principio, cosa affermava Roe vs Wade?

La celebre pronuncia del 1973 definiva il divieto degli Stati di interferire nel rapporto tra le persone e il loro medico, evocando in qualche modo il diritto alla privacy protetto dal quattordicesimo emendamento. Dunque, lo Stato del Texas non poteva ostacolare la scelta di Roe di interrompere la gravidanza. Questa sentenza sancì – per la prima volta nella storia della democrazia statunitense – il diritto costituzionale all'interruzione della gravidanza, derogando ai singoli Stati la scelta sull'estensione di questo diritto ma rendendolo sempre legittimo e sempre esigibile nel territorio federale.

Roe vs Wade, fortemente sostenuta dai movimenti femministi, si rivelò presto divisiva: dal momento in cui fu espressa

la tutela alla libera interruzione di gravidanza, quel diritto divenne terreno di contesa. Da subito i movimenti per i diritti (tra i vari Aclu, American civil liberties union) e i movimenti femministi hanno percepito la fragilità della tenuta della pronuncia, continuamente a rischio di essere ribaltata.

Su quella decisione del 1973 e i suoi effetti si gioca una partita molto diversa: non è semplicemente una battaglia di diritto ma è una battaglia politica nella quale si scontrano posizioni contrastanti rispetto al corpo e alla gravidanza. Per queste ragioni sono stati diversi i tentativi di rovesciamento, come nel caso della pronuncia del Planned Parenthood vs Casey,³ del 1992, in cui la Corte respinse l'invasività della decisione dello Stato della Pennsylvania sostenendo che non si potesse lasciare tutto



Se l'obiezione di coscienza diventa la norma

L'articolo n.9 della legge 194/78 stabilisce che: "L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento". Con gli anni, però, l'obiezione di coscienza è diventato uno degli ostacoli principali per il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza. In Italia infatti sette ginecologi su dieci sono obiettori di coscienza secondo i dati del Ministero della salute. In alcune Regioni, come il Molise che ha il più alto tasso di obiettori, la percentuale raggiunge il 92,3 per cento. A causa di numeri così elevati in alcune strutture abortire è diventato difficile o impossibile. Come raccontato da un articolo pubblicato su Senti chi parla, l'obiezione di coscienza non riguarda semplicemente la scelta dei singoli medici, ma è una questione che riguarda l'intero servizio sanitario e la sua organizzazione.

l'onere – il cosiddetto *undue burden*, ossia la "fatica giuridica" – dell'adempimento normativo sulle spalle delle donne.

Una seconda pronuncia è *Gonzales vs Carhart* del 2007,⁴ in cui si discusse del *Partial birth abortion ban act* del 2003, una legge firmata dall'allora presidente George Bush che vietava l'aborto con nascita parziale, una definizione politica e non scientifica per intendere le interruzioni di gravidanza eseguite dopo il primo trimestre mediante la tecnica medica della dilatazione intatta ed estrazione. All'interno della comunità scientifica c'era un disaccordo sulla necessità medica di tale procedura. A seguito della sentenza la legge fu dichiarata incostituzionale dai tribunali distrettuali degli Stati Uniti per il distretto settentrionale della California, il distretto meridionale di New York e il distretto del Nebraska.

Ancora, *Whole woman's health vs Hellerstedt*⁵ del 2016, in cui la Corte suprema ha riaffermato il diritto costituzionale delle donne ad accedere all'aborto legale, e nel 2020 *June medical services, L.L.C. et al. vs Russo*,⁶ ultimo precedente prima della pronuncia del 2020.

Quest'ultimo e recente caso di *Dobbs vs Jackson women's health organization* ha scatenato reazioni di sdegno, a partire dal presidente Biden, e sembra non rispettare il parere degli statunitensi, più della metà dei quali si è espressa a favore del diritto di aborto sia nei sondaggi di Gallup⁷ sia in quelli condotti dal centro studi statunitense *Pew research center*.⁸

Se lo sdegno globale è stato immediato, così come le proteste, il rovesciamento di *Roe vs Wade* non è stata una sorpresa, bensì l'esito di oltre quarant'anni di lavoro sui meccanismi decisionali della giustizia statunitense, che ha costruito una fitta trama di intrecci tra politica, elezioni di giudici, sostegno elettorale e nomine presidenziali.

In un celebre dibattito del 2016 il candidato presidente Donald Trump, storicamente pro choice, ribaltò la sua posizione e si intestò la battaglia pro life. Affermò, in modo quasi programmatico, che ci sarebbe stato un rovesciamento di *Roe vs Wade*, sostenuta invece dalla sua avversaria Hillary Clinton. Trump dichiarò: "Accadrà automaticamente, secondo me, perché metterò alla Corte dei giudici pro life", poi continuò: "[La decisionalità] tornerà agli Stati, e saranno gli Stati a stabilire i termini".

Oltre gli Stati Uniti: l'interruzione di gravidanza in Italia

La questione affrontata nel dibattito statunitense, come ho già sottolineato,⁹ non ci deve lasciare indifferenti. Non solo perché il tema è stato oggetto di contesa in svariate parti del mondo: dalla Polonia al Cile, dall'Argentina alla Francia, senza considerare quei Paesi in cui l'interruzione della gravidanza anche per motivi terapeutici non è possibile, ma anche per come la tematica è stata problematizzata in Italia.

È vero che il nostro sistema giuridico è ben diverso da quello statunitense e che la legge 194/1978 in cui è depenalizzata la pratica dell'aborto, pur ponendo paletti persino più restrittivi di quelli previsti dalla legislazione statunitense, arriva dopo un lungo percorso politico di negoziazione.

Attualmente la legge disciplina l'interruzione volontaria di gravidanza, definendo un tempo limite di 90 giorni (alterabile solo per il cosiddetto aborto terapeutico). Inoltre, proprio per la particolare sensibilità politica che aveva accompagnato il dibattito parlamentare, la legge prevedeva un sostegno integrato della donna che si fosse rivolta ai consultori, consapevoli dei fattori socioeconomici che incidono spesso sulla scelta. La previsione normativa immaginava infatti un sostegno di welfare possibile, per evitare che le disuguaglianze socioeconomiche potessero essere l'ago della bilancia.

Tale normativa, pur rimanendo salda sul piano formale, tende ad essere più fragile, a valle, per la crescente obiezione di coscienza da parte dei ginecologi (67 per cento); anestesisti (43,5 per cento) e personale non medico (37,6 per cento) così come riportato da InGenere.¹⁰

Il corpo delle donne, da campo di battaglia a spazio privato

Le differenti ma costanti minacce della legislazione, nel contesto globale, sul corpo delle donne presentano un tratto comune, ossia il vivere e il pensare politicamente il corpo delle donne in quanto "luogo pubblico", come affermato da Barbara Duden. Esso è il primo campo di battaglia per le sfide politiche di resistenza conservatrice e per il mantenimento dello status quo.

Tuttavia, il prezzo da pagare per questo tipo di campagne è molto alto perché l'aborto viene praticato a prescindere dalla sua liceità, per questo l'urgenza non è tanto garantire il diritto alla vita, quanto assicurare alle donne che decidono di abortire il diritto alla salute. Negare tale diritto è molto più rischioso per coloro che non possiedono i mezzi economici e relazionali per accedere ad alternative, come nei casi di fragilità giuridiche connesse alla migrazione o di condizioni economiche che impediscono di usufruire di forme di sanità privata nell'eventualità di divieto nel pubblico. Normare il corpo delle donne significa perciò rendere l'accesso al di-

ritto alla salute (e alla libera scelta) una questione non solo di genere, ma anche di classe e di provenienza.

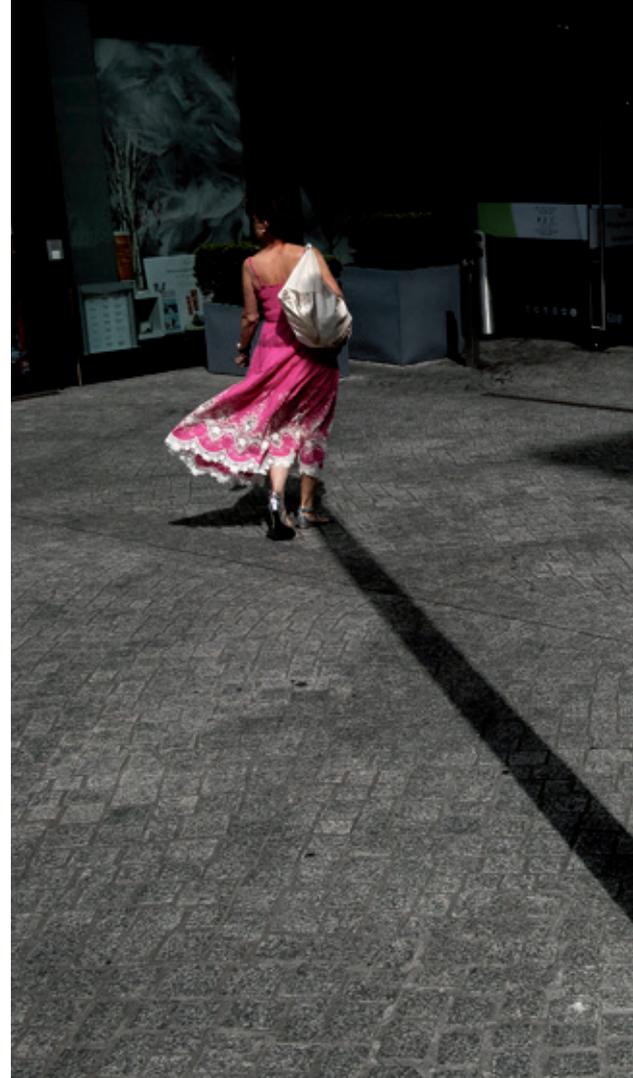
La vicenda statunitense ha una doppia valenza: da una parte apre una stagione di fragilità dei diritti tout court (come la recente pronuncia, anacronistica, sul cambiamento climatico¹¹) e dall'altra ci ricorda di non dare per scontati i diritti, perché l'ottimismo di Norberto Bobbio, che li vedeva in espansione, si scontra oggi col pessimismo potestativo, che pensando il potere politico in termini di pericolosità ha sempre contrastato tale espansione, in nome di una realpolitik che non ha mai visto con favore la tutela dei diritti civili, delle donne, dei migranti e di ogni altra minoranza. Per questo l'impegno sulle battaglie civili, e ancora di più su quelle economiche sociali, va raddoppiato dopo questa approvazione, che rappresenta solamente un punto di partenza. ▲

Bibliografia

- ¹ Busatta L. US – Supreme Court – Dobbs v Jackson: overruling di Roe v Wade e diritto costituzionale all'aborto. Biodiritto 2022
- ² Roe v. Wade, the landmark U.S. Supreme Court ruling recognizing the right to abortion. Centre for reproductive rights
- ³ Gabriele S. US Supreme Court – Planned Parenthood v. Casey: aborto. Biodiritto 1992.
- ⁴ Gabriele S. US Supreme Court – Gonzales v. Carhart: limiti alle tecniche abortive. Biodiritto 2007
- ⁵ Whole women's health vs Hellerstedt. Centre for reproductive rights
- ⁶ June Medical Services LLC v. Russo. Oyez, 25 luglio 2022.
- ⁷ <https://news.gallup.com/poll/1576/abortion.aspx>
- ⁸ www.pewresearch.org/religion/fact-sheet/public-opinion-on-abortion/
- ⁹ Verdolini V. Diritto all'aborto: il corpo delle donne è ancora uno spazio pubblico? cheFare 2022.
- ¹⁰ Zanzottera C. Obiezione di coscienza, i dati sono insufficienti. inGenere, 23 novembre 2021.
- ¹¹ de Vogue A, Nilsen E, Stracqualursi V. Supreme Court curbs EPA's ability to fight climate change. Cnn, 30 giugno 2022.

Il diritto all'aborto è al cuore della relazione con la paziente

Questo tipo di decisione riguarda i momenti in cui le pazienti hanno più bisogno di noi, spiegano due donne medico statunitensi



Una donna incinta di due gemelli si presenta all'appuntamento con il suo cardiologo. Ha una storia di preeclampsia – la comparsa improvvisa di pressione arteriosa estremamente elevata – un'emergenza medica che può causare complicazioni assai gravi. O il decesso. Lo stesso disturbo ha già causato la morte del feto durante una precedente gravidanza. Nel corso della visita, il cardiologo spiega alla donna che qualora il disturbo si presentasse nuovamente nella gravidanza in corso, l'emergenza potrebbe rivelarsi fatale per la paziente, per i suoi gemelli o per tutti loro. Circa una gravidanza su 25 negli Stati Uniti porta alla preeclampsia: è uno dei tanti motivi per cui i medici devono discutere i rischi per la salute della “semplice” gravidanza. È una conversazione fragile perché noi medici affrontiamo il rapporto medico-paziente con riguardo.

Jill Kalman

Vicepresidente e direttrice sanitaria del Northwell health

Stacey E. Rosen

Vicepresidente del Katz Institute for Women's Health e docente di Cardiologia presso la Donald and Barbara Zucker school of medicine di Hofstra/Northwell

Riguardo che è venuto meno con la sentenza della Corte suprema degli Stati Uniti che ha ribaltato la Roe vs Wade, la sentenza della stessa Corte del 1973 sul diritto all'aborto. La sentenza uccide il processo decisionale condiviso (shared decision-making) tra pazienti e medici e ha già portato undici Stati a vietare o limitare fortemente l'interruzione volontaria di gravidanza, arrivando a un totale di 26 Stati “che certamente o probabilmente vieteranno l'aborto”. La decisione non tiene conto del fatto che l'aborto è più di un diritto riproduttivo: è assistenza sanitaria. Ne sono convinti più



di 250.000 medici, attraverso l'American medical association (Ama). L'Ama ha ribadito il proprio sostegno allo shared decision-making. I membri dell'Associazione hanno votato per l'adozione di una risoluzione che "si oppone a qualsiasi tentativo di minare il principio medico di base secondo cui le valutazioni cliniche, come la praticabilità di una gravidanza e la sicurezza della persona incinta, sono decisioni che devono essere prese solo dagli operatori sanitari con i pazienti da loro assistiti".

La sentenza della Corte suprema non tiene conto della sacralità di tali determinazioni e mette una pietra sopra le cure primarie,

La sentenza della Corte suprema non tiene conto che l'aborto è più di un diritto riproduttivo: è assistenza sanitaria

ponendo le basi per compromettere anche altre procedure sanitarie che garantiscono la sicurezza del paziente. Alcuni leader politici stanno già discutendo di restrizioni e divieti sull'aborto terapeutico, sulla pillola del giorno dopo, sulla pillola anticoncezionale e sui dispositivi intrauterini. Tutto questo è molto pericoloso perché non riconosce che, con l'aumento delle restrizioni legali sull'interruzione volontaria di gravidanza, aumenta anche la percentuale di aborti considerati "meno sicuri".

Una recente copertina del settimanale Lancet, preparata in risposta alla bozza a suo tempo trapelata del parere del giudice della Corte suprema Samuel Alito, ha inquadrato il problema in modo molto preciso: "Se la Corte suprema degli Stati Uniti confermerà la bozza della propria decisione, le donne moriranno. I giudici che voteranno per abbattere la Roe non riusciranno a porre fine all'aborto, ma riusciranno a porre fine all'interruzione volontaria di gravidanza eseguita in sicurezza. Alito e i suoi sostenitori avranno le mani sporche del sangue delle donne".

Noi medici, invece, quando abbiamo iniziato la nostra formazione medica abbiamo promesso di proteggere la vita. È evidente che questa non sia la missione della Corte suprema: ma è la nostra di medici. E lo abbiamo sempre fatto, con sollecitudine.

Dal momento in cui incontriamo i nostri pazienti, chiediamo la loro fiducia, anche se la relazione inizia come un rapporto tra estranei. Chiediamo a persone sconosciute di spogliarsi per essere esaminate e di rispondere a domande sulla loro salute e sulla loro storia clinica, che spesso portano a condividere i dettagli più intimi di una vita.

Quando i pazienti condividono con noi le tensioni delle loro dinamiche familiari, gli ostacoli affrontati sul luogo di lavoro, la propria vita sessuale, l'uso di sostanze e i lutti, possono togliere il velo su cose essenziali. Non stiamo solo raccogliendo dati; quando i pazienti raggiungono questo livello di vulnerabilità e fiducia, ci si pone su un piano di profonda condivisione.

Nella facoltà di medicina impariamo certamente a stabilire un rapporto di fiducia con i pazienti. Ma – finché non usciamo dall'ambiente universitario e non pratichiamo la medicina in modo più autonomo – forse non sappiamo ancora che anche la lealtà è legata al rapporto medico-paziente. I nostri pazienti si fidano della nostra capacità di comprensione e del nostro giudizio. Hanno fiducia che abbiamo a cuore i loro interessi. A volte abbiamo bisogno di essere convinti che la nostra guida porterà le persone che assistiamo a prendere decisioni che gioveranno alla loro salute. Noi medici possiamo avere bisogno di una maggiore sicurezza in noi stessi nel momento in cui la scelta di un paziente non ci convince. Tuttavia, non siamo obbligati a essere d'accordo con quella scelta. Trattiamo i nostri pazienti con competenza professionale e partecipazione a prescindere dalle loro preferenze.

Queste decisioni possono cambiare la vita, e questo rende un privilegio camminare al fianco dei nostri pazienti mentre decidono come prendersi cura di sé stessi e dei loro cari. Quei momenti sono quelli in cui i nostri pazienti hanno più bisogno di noi. Sarebbe stato più facile evitare un possibile disastro clinico suggerendo alla paziente con preeclampsia di interrompere la gravidanza. Ma la nostra responsabilità professionale deve fare i conti con molte sfumature. La conversazione con lei e con la sua famiglia doveva lasciare ampio spazio a una competenza capace di astenersi dal prendere una parte, alla compassione, alla pazienza e al profondo rispetto per l'autonomia della paziente. Non c'è spazio per giudicare o per fare ostruzionismo nella relazione tra medici e pazienti. Non c'è spazio per il peso spietato del giudizio religioso, del controllo politico e della vergogna sessuale, tutti elementi che compromettono una relazione che consideriamo sacra.

Noi medici siamo guidati dalla passione di aiutare gli altri. Per molti di noi è la vocazione all'imparare sempre cose nuove e a innovare per offrire più opportunità me-

Non c'è spazio per giudicare o per fare ostruzionismo nella relazione tra medici e pazienti

diche e chirurgiche, non per ridurre la possibilità di compiere scelte sicure al punto da mettere in pericolo i nostri pazienti. Lavoriamo per trovare un equilibrio tra ciò di cui il malato ha bisogno e ciò che desidera, aiutandolo a comprendere la propria storia clinica e a costruire un futuro in salute. Mentre costruiscono il loro futuro, non possiamo avere cura di tutte le scelte che i nostri pazienti fanno. Ma dobbiamo prenderci cura dei nostri pazienti e mostrare la nostra disponibilità e vicinanza di fronte a decisioni che riguardano la vita o il morire.

Anche dopo essere stata informata delle possibilità potenzialmente disastrose che la gravidanza comportava, la donna con preeclampsia è decisa a partorire. La sua decisione ha posto lei e il suo medico in una condizione limite di rischio clinico ma, grazie alla guida di una persona esperta e empatica, lei e i suoi bambini sono sopravvissuti.

Questo delicato equilibrio è sia la natura stessa della scelta sia il cuore del rapporto medico-paziente. Cerchiamo di preservare e sostenere la vita di fronte a circostanze che la minacciano. È una dinamica fragile, ma che trattiamo come sacra e, speriamo un giorno, di nuovo legalmente indiscutibile. ▲

Questo articolo post è stato pubblicato su MedPage Today con il titolo "Abortion rights get to the heart of the doctor-patient relationship" e riprodotto su ilpunto.it con il consenso delle autrici.

Il confronto e la discussione sul tema dei conflitti di interessi hanno spesso rappresentato questa condizione come una situazione di pericolo nella quale una persona – ma anche un ente o un’istituzione – può trovarsi nel momento in cui il proprio comportamento o le decisioni da assumere corrono il rischio di essere influenzate da condizionamenti di diverso genere. Qualcosa simile al percorrere un sentiero vicino a un pendio molto scosceso o al camminare su un ghiacciaio non distanti da un crepaccio. È questo l’approccio che ha caratterizzato gli interventi di diversi relatori al convegno organizzato dall’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino il 7 maggio 2022. Presentiamo nelle pagine che seguono alcuni di questi contributi, che offrono un quadro per diversi aspetti “aggiornato” su un tema che non perde di attualità. Una questione che, al contrario, potrebbe diventare ancora più importante se la distanza tra i due grandi attori della sanità – il servizio sanitario pubblico e le imprese private: centri ospedalieri, compagnie assicurative, aziende farmaceutiche e di tecnologie biomediche – si riducesse ancor di più, assecondando quel processo apparentemente inarrestabile a cui stiamo assistendo negli ultimi anni.

Contrastare il conflitto di interessi significa equità

La cultura della trasparenza quale migliore difesa dalle tentazioni che più o meno in modo subdolo si presentano ai medici

Antonio Panti

Medico di medicina generale
Commissione deontologica nazionale
della FNOMCeO
Comitato regionale di bioetica
della Toscana

Il Codice deontologico vigente dedica un intero allegato al conflitto di interesse che definisce, all’art. 30, come “qualsiasi condizione nella quale il comportamento professionale risulti subordinato a indebiti vantaggi economici o di altra natura”. Quindi una condizione fattuale della medicina. Infatti qualsivoglia strumento utilizzato nella sanità pubblica o privata, dal cotone idrofilo ai farmaci alle apparecchiature più complesse, è prodotto e commercializzato da imprese private. Il paziente necessita di un farmaco o di un accertamento o di qualsiasi altra prestazione. Il medico la prescrive, lo Stato (o l’assicurazione o la mutua) paga; chi paga non decide, chi decide non paga, chi usa non paga né decide.

Vi è quindi oltre al già noto “terzo pagante” (lo Stato che sostiene l’onere finanziario del servizio) un “quarto lucrante”, cioè un ulteriore stakeholder, colui che rischia capitali e produce e cede beni e servizi al fine di ottenerne un profitto. Parafrasando Adam Smith, non dobbiamo i farmaci alla benevolenza di Farindustria ma al suo desiderio di guadagno.

Allora mettiamoci nei panni di chi ha investito i propri risparmi in un’impresa: che questa produca farmaci o calzature o

Non dobbiamo i farmaci alla benevolenza di Farindustria ma al suo desiderio di guadagno

trattori è la stessa cosa, bisogna vendere e, a tal fine, occorre un buon marketing. E il marketing è oggi disciplina universitaria ed esistono testi e riviste dedicate a formare “i promotori” e indirizzare la promozione delle singole aziende sul mercato. In sintesi estrema il concetto principale è che, nella visione delle aziende chimiche, fondamentali sono i “driver”, cioè i generatori della domanda. Questi sono i medici generali, la cui importanza è assai diminuita con l’esplosione dei farmaci a alto costo e basso target, gli specialisti, valutabili per area di influenza, e i pazienti con le loro associazioni che hanno un peso politico notevole come carriers elettorali e che ricevono oggi, forse, le maggiori attenzioni e sponsorizzazioni.

Il fine è di creare una “fidelizzazione” dei diversi driver che porti a una identità o

affinità di marca (brand identity or affinity). Il mezzo migliore è il passaparola “buzz”, tra gruppi omogenei che vanno curati e costruiti. Gli strumenti sono i soliti. Il guerrilla marketing che usa immagini inusuali, aggressive e a basso costo (“Tutti” esclama l’odiosissima bambina!); il marketing virale, una sorta di piccola epidemia provocata da una “scuola di pensiero”; il marketing tribale che mira a una comunità di prodotto (l’uomo Nike per fare un esempio) e quello emozionale legato alla soluzione di situazioni difficili (igiene orale o intima).

A dire il vero, rispetto all’antica pubblicità o a quella di qualche decennio o so no, sia la normativa internazionale sia i codici deontologici dei medici o di Farindustria hanno saputo creare una serie di sbarramenti che contengono il marketing entro limiti accettabili. Ma abbiamo descritto questo punto di vista aziendale perché in questo modo nascono le “tentazioni” cui il medico deve resistere applicando le norme del Codice deontologico che rivela molti limiti specialmente di fronte all’ingresso in campo di tutta la

Sia la normativa internazionale sia i codici deontologici dei medici o di Farindustria hanno saputo creare una serie di sbarramenti che contengono il marketing entro limiti accettabili



congerie di strumenti della medicina digitale.

In un recente articolo sul conflitto di interessi (vedi pagina 24), Nerina Dirindin ha proposto alcune regole fondate sul progresso culturale ed etico della classe medica. Non possiamo che essere d'accordo e gli Ordini e le società scientifiche avrebbero dovuto fare di più per diffondere la cultura della trasparenza, certamente la migliore difesa dalle tentazioni che più o meno surrettiziamente si presentano ai medici. I quali sono esseri umani e quindi poco portati a resistere alle tentazioni: il Maligno ha molti argomenti, non solo benefit ma riconoscimenti, e i medici non sono abituati a pagarsi le cene o a comprarsi i libri.

In conclusione: nessuno può decidere diagnosi e terapia al posto del medico (se mai lo fosse semplicemente cambierebbe il soggetto tentato); non si può eliminare il marketing con le sue prassi; non si possono ridurre le pressioni dei pazienti o quelle sociali. A partire da queste banali considerazioni oggettive potremmo concludere che in un Paese cattolico potremmo

Contrastare il conflitto di interesse significa agire con equità perché ogni lievissima distorsione della spesa comporta disuguaglianza, un danno reale per i pazienti e un danno morale per la categoria

essere contenti se si commettono “peccati veniali”, vulgo una cena, un piccolo strumento medico, un libro di testo.

Oppure si potrebbe d'autorità ridurre i prezzi dei farmaci incidendo sulla quota di spesa per marketing e utilizzare questo risparmio per fare informazione ai medici, cosa non semplice a farsi perché è l'industria ad avere tutti i dati e perché nessuna informazione è indipendente del tutto. Però potrebbe essere un'ipotesi da percorrere, sempre privilegiando la strada dell'elevazione culturale ed etica della categoria.

Contrastare il conflitto di interesse significa agire con equità perché ogni lievissima distorsione della spesa comporta disuguaglianza, un danno reale per i pazienti e un danno morale per la categoria. Contrastare il conflitto di interesse rivela eticità sul piano scientifico perché solo i dati certi e l'utilità per il paziente dovrebbero guidare le decisioni del medico, ma mostra anche un comportamento attento all'equità cioè alla giustizia distributiva all'interno della comunità dei pazienti. La tutela della salute è diritto dell'individuo e interesse della collettività. ▲



“Ammettere di essere umani”, e in quanto tali vulnerabili alle insidie di un mondo con forti interessi economici, e imparare a riconoscere le condizioni di rischio implicite in ogni situazione di conflitto di interessi: questi gli elementi cruciali per avviare una seria politica di prevenzione, o di identificazione precoce, di tutte le situazioni di conflitto di interessi che possono avere importanti ricadute sulla salute delle persone e sulla loro fiducia nella medicina e nelle istituzioni. “Ammettere di essere umani” contribuisce a far crescere la consapevolezza dell’esistenza di importanti condizioni di conflitto di interessi. E ciò è tanto essenziale quanto conoscere la normativa che li disciplina, anzi forse più utile della puntuale padronanza delle regole. Per molte ragioni.

Innanzitutto, perché l’approccio preventivo è di gran lunga più fruttuoso di quello normativo-repressivo. Pensare in modo preventivo, evitando le perplessità o il freddo distacco di chi viene messo a conoscenza del fenomeno attraverso l’illustrazione di “cosa prevede la normativa”, è cruciale per riuscire a coinvolgere in modo attivo tutti i professionisti. Al contrario, affrontare il tema dal punto di vista normativo produce un approccio da adempimento burocratico, in cui le azioni sono guidate esclusivamente dalle norme e non anche (e soprattutto) dal sistema di valori di cui ognuno è portatore, come individuo e come membro della comunità cui appartiene. L’integrità è un valore troppo importante per essere lasciata solo alle norme, alla magistratura o ai responsabili dell’anticorruzione delle aziende sanitarie, i quali svolgono un lavoro importante e gravoso ma che deve essere accompagnato, sul piano formativo e non solo, da azioni volte a sviluppare capacità di analisi, autonomia di giudizio, progettualità, valorizzazione di quanto funziona, continuità di azione da parte di una comunità di professionisti che ha fatto la storia del nostro sistema di tutela della salute e ai quali dobbiamo riconoscere competenza e dedizione.

Come affrontare il conflitto di interessi in sanità?

L’integrità non deve essere lasciata alle sole norme. Serve avviare una politica di prevenzione e costruire consapevolezza

Nerina Dirindin

*Ex-senatrice economista
Dipartimento di Scienze economiche e finanziarie,
Università di Torino
Coripe Piemonte*

Una moltitudine di professionisti che si impegna quotidianamente con abnegazione e in modo disinteressato dentro gli ospedali e nei servizi territoriali, nonostante condizioni di lavoro spesso – e ormai da parecchi anni – frustranti. Una moltitudine di professionisti che opera in un ambito pieno di insidie di contesto: la complessità scientifica, la continua evoluzione delle conoscenze, le asimmetrie informative, gli interessi commerciali, la fitta rete di relazioni fra mondo medico, università, industria e politica. Basti pen-

L’integrità è un valore troppo importante per essere lasciata solo alle norme, alla magistratura o ai responsabili dell’anticorruzione delle aziende sanitarie



sare alla rete di rapporti che ciascun professionista inevitabilmente coltiva nello svolgimento della propria attività. Ed è proprio con riferimento a questa rete, costituita ad esempio dal rapporto fra un medico e un assistito e in contemporanea con i colleghi, il datore di lavoro, la comunità scientifica, i fornitori di apparecchiature e farmaci, gli editori scientifici e così via, che assume rilevanza l'esistenza di interessi plurimi.

Il professionista, nello svolgimento del proprio lavoro, si trova immerso in una pluralità di legami i quali, anche indirettamente, possono ingenerare una varietà di fattori di rischio in grado di indirizzare i suoi comportamenti verso obiettivi almeno in parte diversi da quello per il quale si è assunto una responsabilità primaria (per esempio, curare un paziente o condurre ricerche scientifiche rigorose). Ed è proprio la pluralità di relazioni che ali-

È proprio la pluralità di relazioni che alimenta il groviglio di interessi che si sviluppano nel settore sanitario

menta il groviglio di interessi che si sviluppano nel settore sanitario.

È chiaro che nel mondo della tutela della salute i conflitti di interesse non sono di fatto eliminabili: rimuovere gli interessi secondari da cui originano i conflitti è realisticamente impossibile. Piuttosto, bisogna da un lato migliorare la capacità di riconoscere i rischi e le loro possibili ricadute, e dall'altro sperimentare e diffondere modalità di gestione di quelle condizioni di rischio che hanno maggiore probabilità di intaccare le decisioni di un professionista. Per questo costruire consapevolezza è un passo fondamentale

che richiede un cambio di prospettiva che favorisca una serena e al tempo stesso determinata presa di distanza da ogni possibile condizionamento.

La realizzazione di un efficace approccio innovativo dipende in larga misura dalla presenza di alcune condizioni in grado di agevolarne la concreta attuazione, fra le quali ricordiamo:

▼ una genuina volontà di promuovere un approccio culturale (e non solo burocratico o fiscale) all'integrità e una sincera disponibilità a sperimentare modalità innovative di sostegno all'integrità;

▼ un approccio valoriale che preceda quello normativo, evitando, per quanto possibile, strategie centrate prevalentemente sulla produzione di un'enorme quantità di procedure, mappature, autorizzazioni, verifiche, ispezioni, sanzioni, ecc.;

▼ la consapevolezza che non esiste un confine netto tra integrità e illegalità e che esiste un'ampia area grigia dove un uso accorto della discrezionalità può essere, se adeguatamente affrontato, fecondo e non solo rischioso;

▼ la conseguente necessità di lavorare anche sui fattori protettivi della integrità, favorendo un cambiamento capace di aumentare la reputazione del Ssn, la motivazione degli operatori e la qualità dell'assistenza erogata;

▼ la consapevolezza che il conflitto di interesse non si identifica con un'azione o un comportamento, ma è una condizione, una situazione di rischio: va riconosciuta, valutata, gestita, possibilmente prevenuta, come qualunque altra condizione di rischio, ma fa parte degli elementi (quasi) naturali dell'habitat in cui si muovono gli operatori della salute;

▼ il riconoscimento della pervasività delle condizioni di conflitto di interesse e, al contempo, della diffusa abitudine a ignorarne la presenza e i rischi che ne discendono;

Il conflitto di interesse non è una sentenza di colpevolezza, ma non deve essere sottovalutato. L'integrità è un bene primario al quale va riservata sempre grande attenzione

▼ la crescente sensazione che i professionisti siano stanchi di essere percepiti come fonti di problemi e la necessità di disegnare percorsi volti a migliorare il benessere organizzativo all'interno delle aziende sanitarie, fra le più complesse e problematiche dell'intero mondo produttivo;

▼ la capacità di mettere in campo azioni volte a stimolare gli operatori a rendersi autonomamente responsabili della promozione della propria integrità e di quella della propria azienda, e di esserne orgogliosi;

▼ la disponibilità a sviluppare metodologie di lavoro che prevedono l'apprendimento fra pari, a supportare strategie di collaborazione infra e inter-aziendale e a confrontarsi su temi poco graditi.

Il conflitto di interesse non è quindi una sentenza di colpevolezza, ma non deve essere sottovalutato. Ogni professionista deve sapere che quando accetta un invito a cena al termine di una conferenza sponsorizzata aumentano le probabilità di comportamenti di riguardo nei confronti dell'azienda che ha organizzato l'evento (e dei prodotti che commercializza). ▲

Le linee guida e gli interessi in conflitto

Marco Bobbio

Medico, già primario di Cardiologia
Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo

Gli interessi economici ottenuti dalla vendita dei prodotti sanitari, dai farmaci ai dispositivi medici, dalle protesi ai tutori, dagli integratori ai servizi assistenziali sono talmente rilevanti che la pressione per farli acquistare e consumare è inevitabile e agisce sui meccanismi che possono aver maggior influenza sulle scelte prescrittive dei medici: la stesura delle linee guida. Non c'è bisogno di scomodare giuristi, scienziati, esperti di etica per capire che chi riceve soldi, elargizioni e benefici è in qualche modo legato a chi lo ha finanziato. Proverbi di tutto il mondo illustrano con varie espressioni questo concetto, come per esempio quello inglese: “non morderai la mano di chi ti nutre”.

1. Gli esperti che redigono le linee guida hanno ricevuto finanziamenti dalle industrie?

La letteratura scientifica degli ultimi decenni è ricca di ricerche che documentano il legame tra gli esperti invitati a redigere le linee guida e le industrie di prodotti sanitari. Già vent'anni fa Choudry e colleghi avevano dimostrato che l'87 per cento degli autori di linee guida aveva ricevuto finanziamenti da più industrie farmaceutiche; il 38 per cento era addirittura dipendente o consulente. In media gli autori avevano rapporti economici con 10 industrie diverse.¹ Dodici anni dopo Mitchell e colleghi, analizzando le dichiarazioni di 125 autori di linee guida in ambito oncologico pubblicate nel 2014, avevano osservato la stessa percentuale di legami tra esperti e industrie: l'86 per cento aveva dichiarato almeno un conflitto di interessi, per un valore medio di 10 mila dollari (con un massimo di oltre 100 mila).²

Sei risposte a sei domande sul conflitto di interessi che mina la credibilità in medicina. Un problema che non può essere eliminato ma può essere limitato. Come?

2. Le linee guida condizionano il mercato?

Molte ricerche concordano nel dimostrare che le raccomandazioni indicate nelle linee guida aumentano il mercato di prodotti farmaceutici. Nel 2013 l'American college of cardiology e l'American heart association avevano abbassato il valore soglia oltre il quale iniziare il trattamento con statine rispetto alle precedenti linee guida. Pencina e colleghi dimostrarono che le linee guida del 2013 avrebbero aumentato il numero di consumatori di statine negli Stati Uniti da 43 a 56 milioni, soprattutto a carico delle persone senza malattia cardiovascolare; in particolare tra gli adulti tra 60 e 75 anni senza malattia cardiovascolare la percentuale di quelli che avrebbero dovuto assumere una statina sarebbe aumentata dal 30 all'87 per cento.³ L'incremento di potenziali consumatori determinato dall'abbassamento dei valori soglia indicati per avviare un trattamento farmacologico stimola le industrie a investire energie (e soldi) per condizionare la scelta e la stesura delle raccomandazioni.

3. Le opinioni degli esperti condizionano la scelta delle raccomandazioni?

Le decisioni degli esperti sono determinate dai risultati delle ricerche cliniche, ma quando le ricerche sono solo osservazionali o non ci sono dati scientifici a cui fare riferimento, le raccomandazioni vengono basate sull'opinione personale e su considerazioni speculative; in questi casi le decisioni sono maggiormente soggette a possibili manipolazioni. Faronoff e colleghi hanno analizzato le 2930 raccomandazioni elaborate dagli esperti dell'American college of cardiology e dall'American heart association pubblicate in sei linee guida.⁴ Solo l'8,5 per cento delle raccomandazioni era stata classificata come livello di evidenza A (raccomandazione basata su risultati di più ricerche di elevata qualità o di metanalisi), il 50 per cento di livello di evidenza B (risultati di ricerche di moderata qualità) e il 41,5 per cento di livello di evidenza C (risultati di ricerche di tipo osservazionale, considerazioni di tipo fisiopatologico od opinioni degli esperti). Desto preoccupazione che la percentuale di raccomandazioni basate su dati di elevata qualità non è aumentata nel tempo e quindi il livello di affidabilità delle linee guida non migliora.

4. Le espressioni utilizzate nelle raccomandazioni possono condizionare le prescrizioni?

Le linee guida del 2018 dell'American college of cardiology e dell'American heart association per indicare se prescrivere un trattamento con statine in base ai valori di colesterolo plasmatico dichiarano: “nelle persone con più di 75 anni e livelli di colesterolo ldl tra 70 e 189 mg/dL può essere ragionevole iniziare un trattamento con statine a un dosaggio moderato”. Neil Skolnik dell'Università Thomas Jefferson di Philadelphia considera che i linguisti distinguono i significati *denotativi* da quelli *connotativi*.⁵ Con il primo concetto ci si riferisce al significato letterale della frase e con il secondo a quello emotivo. L'espressione usata nelle linee guida “può essere ragionevole” equivale in termini denotativi all'opposto “può non essere ragionevole” (come nel caso dell'espressione del bicchiere mezzo pieno e mezzo vuoto), ma in termini connotativi scrivere che “può essere ragionevole” incoraggia il trattamento farmacologico.



5. L'autocertificazione dei conflitti di interessi è sufficiente?

Negli ultimi vent'anni si è scritto molto sulle implicazioni del conflitto di interessi nella stesura delle linee guida, ma si è fatto poco. Finora ci si è limitati a sollevare il problema e a chiedere agli autori di dichiarare da quali industrie hanno ricevuto finanziamenti. L'attuale sistema dell'autocertificazione da parte degli autori è caotico, inconsistente e incompleto. Quando sono state confrontate le dichiarazioni di conflitto di interesse, fornite dagli esperti delle linee guida, con le dichiarazioni dei pagamenti che le industrie hanno elargito agli stessi esperti, risulta che la concordanza è solo nel 9 per cento, indicando che il meccanismo di dichiarazione non funziona e che gli autori dichiarano molto meno di quello che ricevono.⁶

6. Come contenere le conseguenze negative dei conflitti di interesse?

È chiaro che non si può impedire agli specialisti di mantenere rapporti con le industrie né ipotizzare che solo chi non ha ricevuto finanziamenti dall'industria possa partecipare ai comitati che redigono le linee guida; infatti, i primi hanno competenze che i secondi di solito non posseggono. Si potrebbero però attuare fin da subito alcune regole in grado di limitare l'indebito condizionamento. Innanzi tutto, si dovrebbero scegliere gli esperti che abbiano meno condizionamenti di tipo economico. Bisognerebbe distinguere i conflitti maggiori che devono essere considerati ostativi alla partecipazione ai comitati di stesura delle linee guida (come l'aver ricevuto ingenti somme di denaro, possedere titoli azionari di società operanti nel settore farmaceutico o diritti derivanti da proprietà intellettuali, tipo brevetti e marchi registrati, aver partecipato a comitati strategici, scientifici e direttivi) da quelli minori o irrilevanti. In secondo luogo, le società scientifiche dovrebbero scegliere esperti che abbiano competenze diverse e che quindi siano portatori di esigenze complementari e non univoche. Per

esempio, non devono essere solo lipidologi a decidere quando e a chi prescrivere le statine, ma devono essere coinvolti anche cardiologi, internisti, geriatri, pediatri, dietologi, epidemiologi che forniscano una visione d'insieme del problema e non siano focalizzati solo sul livello ematico del colesterolo.

Il conflitto di interesse degli estensori delle linee guida è un grave problema che mina la credibilità delle raccomandazioni; non può essere eliminato, ma può essere limitato con qualche accorgimento che vada oltre l'autodichiarazione, in modo da rendere le linee guida il più possibile esenti da condizionamenti determinati dalle industrie che ottengono profitti dal tipo di scelte adottate dagli esperti. ▲

Bibliografia

- 1 Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA* 2002; 287: 612-7.
- 2 Mitchell AP, Basch EM, Dusetzina SB. Financial relationships with industry among national comprehensive Cancer Network Guideline authors. *JAMA Oncol* 2016; 2: 1628-31.
- 3 Pencina MJ, Navar-Boggan AM, D'Agostino RB Sr, et al. Application of new cholesterol guidelines to a population-based sample. *N Engl J Med* 2014; 370: 1422-31.
- 4 Fanaroff AC, Califf RM, Windecker S, et al. Levels of evidence supporting American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology Guidelines, 2008-2018. *JAMA* 2019; 321: 1069-80.
- 5 Skolnik N. Reexamining recommendations for treatment of hypercholesterolemia in older adults. *JAMA* 2019; 321: 1249-50.
- 6 Dudum R, Sajja A, Amdur RL, Choi BG. Analysis of American College of Cardiology/American Heart Association Guideline author self-disclosure compared with open payments industry disclosure. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2019; 12: e005613.

L'informazione e i conflitti di interesse

Il sistema della comunicazione soffre di problemi strutturali legati tra loro. Inoltre manca una “governance” delle relazioni tra pubblico e privato. Da dove ripartire?

Luca De Fiore

Il Pensiero Scientifico Editore

Past president della Associazione Alessandro Liberati

Lo conosciamo come un calciatore del Barcellona, squadra di calcio che negli ultimi anni “ha vinto tutto” (prima di perdere Messi). Ma Gerard Piqué è anche tra i proprietari di una società – la Kosmos – che ha mediato l'accordo con la Federazione calcio spagnola per portare la Supercoppa di Spagna in Arabia Saudita: 240 milioni di euro in 6 anni, di cui 40 per la Kosmos. Considerati il ruolo di Piqué e i rapporti tra lui e la Federazione, qualcuno ha alzato il sopracciglio parlando di conflitti di interesse. Meglio, di “incompatibilità” che avrebbe dovuto suggerire maggiore prudenza.¹

Un calciatore che non pensa solo al calcio, insomma. È sempre più difficile trovare anche editori che non pensino solo ai libri o alle riviste. Dopo la crisi dell'ultimo decennio del Novecento, l'editoria si è riscoperta strumento per dare risonanza a



attività imprenditoriali di tipo diverso.² Infatti, nel secolo scorso numerose case editrici hanno svolto un ruolo importante per la crescita culturale dell'Italia e spesso la loro attività era legata al contributo di intellettuali che svolgevano un ruolo politico-culturale attraverso l'impegno professionale: narratori, giornalisti, poeti. Questa funzione esplicitamente pedagogica dell'editoria è stata messa in crisi dall'esaurirsi della stagione politicamente più coinvolgente e conflittuale e, allo stesso tempo, dall'emergere di nuovi modelli di gestione che hanno affidato la conduzione aziendale a dirigenti più attenti ai risultati economici che al lavoro culturale e ai benefici in termini di immagine che questo impegno può garantire. Con l'inizio del nuovo millennio, l'editoria italiana e internazionale ha iniziato a essere dominata da multinazionali proprietarie dei marchi storici dell'editoria e gestite in maniera spesso impersonale.

L'editoria scientifica si è mossa con un ampio anticipo rispetto a quella di altri settori. Da quando è diventata parte di holding che si occupano di un insieme di attività diverse – dall'informatica al commercio di armi – il ramo “comunicazione” di queste multinazionali ha fatto crescere alcune tra le imprese più redditizie del pianeta. I grandi attori dell'editoria medico scientifica internazionale (Elsevier Relx, Wolter Kluwer, Springer Nature, Wiley, Taylor and Francis) ottengono a fine anno un ritorno che arriva al 140 per cento del capitale investito. Più di qualsiasi altro tipo di impresa.^{3,4} Sbaglieremmo se pensassimo che questi risultati siano dovuti solo alla capacità di pubblicare migliaia di riviste accademiche (ne nascono tre ogni giorno dell'anno, in media) o manuali universitari sempre più innovativi. Queste cose sono importanti, ma contano >

PER APPROFONDIRE

Vediamo alcuni servizi offerti da Elsevier

Pharmapendium guida le aziende farmaceutiche a minimizzare i rischi di fallimento nello sviluppo di nuovi farmaci. Expert lookup è uno strumento per il reclutamento di opinion leader utili per il lancio di prodotti sul mercato di farmaci e dispositivi. Elsevier funding solution supporta i centri di ricerca nell'azione di raccolta fondi mettendo in connessione i diversi attori. Viene da farsi una domanda: in uno scenario così intricato, quali sono le “incompatibilità” di cui qualcuno ha parlato a proposito di Piqué? Esistono “incompatibilità”? I manager delle multinazionali farmaceutiche e delle multinazionali della comunicazione devono rispondere ai propri azionisti, che spesso sono le stesse persone. Il capitalismo etico prevede delle incompatibilità? Con quale rigore nel controllo? Stiamo parlando di aziende molto grandi per fatturato e numero di dipendenti. A livello di management i temi eticamente sensibili – stando ai rapporti annuali – riguardano l'ambiente, i diritti, la sostenibilità, la trasparenza. A livello di gestione editoriale, c'è una gran produzione di codici etici che riguardano direttamente il publishing, spesso promossi e curati da associazioni che da anni si muovono in questi ambiti.

PER APPROFONDIRE

Alcuni codici etici per editori, direttori di riviste e autori

Il Committee on publication ethics offre nelle proprie Core practices una specie di elenco delle malefatte che accadono puntualmente ogni giorno, ovunque, e senza che le cose accennino a migliorare. Passando dai publisher agli editor (direttori delle riviste) la European association of science editors affronta il problema con una checklist che si rivolge agli autori degli articoli. Come a dire, “ragazzi il problema siete voi, fate i bravi”. Per poi arrivare ai giornalisti scientifici, altri importanti attori di questo gioco, ai quali pensa l'Ethical journalism network che sintetizza in cinque punti chiave le questioni etiche che agitano l'ambiente.

È sempre più difficile trovare anche editori che non pensino solo ai libri o alle riviste

molto anche i nuovi servizi che queste aziende sono in grado di garantire ai propri partner.

Ma se le regole ci sono e se tutti dicono di volerle osservare, perché discutiamo ancora di interessi conflittuali? Molti studi condotti negli ultimi trent'anni hanno provato a dare delle risposte: per qualche industria è più facile promuovere i propri prodotti facendo dei regali ai medici, per qualche medico è difficile o è conveniente accettare dei regali, soprattutto perché quasi sempre si tratta di cose di poco valore... Poi c'è una risposta, ugualmente frequente, che ci spiega che "è impossibile che un bravo medico o ricercatore non abbiano rapporti con le industrie". Di questa domanda abbiamo discusso decine di volte in convegni, seminari, incontri, dibattiti di ogni tipo. Mai – invece di dichiararsi d'accordo o in disaccordo con quell'affermazione – qualcuno ha posto la domanda chiave: "Siamo contenti di aver costruito un sistema per cui non è impossibile che un medico o un ricercatore abbiano rapporti con le imprese? Era davvero questo che volevamo?"

Difficile rispondere a questa domanda, ma diversi indizi suggeriscono che il sistema della comunicazione soffra ormai di problemi strutturali legati tra loro. Una rapida inchiesta de Il Post spiega come i giornalisti (anche scientifici) siano pagati pochissimo: tra i dieci e i 50 euro ad articolo dal Corriere della sera, Repubblica o la Stampa. Il Fatto e Domani tra i 30 e i 90. Gli istituti di ricerca sono una fonte importante di disinformazione: quattro comunicati stampa su 10 esagerano i risultati degli studi e di conseguenza quattro articoli su cinque pubblicati dai media amplificano questa esagerazione.^{5,6} Un'attività forse ancora più pericolosa di quella dell'industria, che almeno è controllata dal codice di Farmindustria. Ancora: le istituzioni pubbliche investono in informazione risorse residuali, sia quelle nazionali, sia quelle regionali. In questo, la Biblioteca virtuale per la salute della Regione Piemonte



Ma se le regole ci sono e se tutti dicono di volerle osservare, perché discutiamo ancora di interessi conflittuali?

rappresenta un'avventura formativa e informativa che ha pochi rivali in Italia.

La questione del conflitto di interessi è stata a lungo dibattuta negli ultimi decenni e continua ad attirare l'attenzione dei professionisti, delle industrie e anche dei legislatori: recentemente la commissione Affari sociali della Camera dei deputati ha approvato all'unanimità e in via definitiva il disegno di legge – già approvato dal Senato – concernente la trasparenza e il diritto alla conoscenza dei rapporti, aventi rilevanza economica o di vantaggio, intercorrenti tra le imprese produttrici (di farmaci, strumenti, apparecchiature, beni e servizi, anche non sanitari) e i soggetti che operano nel settore della salute (comprese le organizzazioni sanitarie), il cosiddetto Sunshine act.⁷ Non si deve però perdere di vista la complessità del problema e soprattutto che il conflitto di interessi costituisce una condizione di rischio e non l'accertamento di una colpa (Nerina Dirindin spesso ricorre al paragone con il camminare su un sentiero nella neve che potrebbe nascondere insidie, vedi articolo pagina 24).

Dobbiamo infine considerare come sia difficile sollecitare una maggiore autonomia e indipendenza dall'industria del medico e del ricercatore quando il mantra dei nostri anni è la partnership tra pubblico e privato o la misurazione di impatto del sistema universitario sembra ormai essere legata più alle domande di brevetto e al numero di spin-off che alla soddisfazione degli studenti. In una sostanziale assenza di "governance" delle relazioni tra pubblico e privato – nella più complessiva mancanza di un governo attivo della ricerca – ricondurre la grande questione delle incompatibilità alla relazione tra il singolo medico e l'industria o di una determinata redazione di un media scientifico a uno sponsor probabilmente non avvicina alla soluzione. I risultati degli studi svolti ci hanno dato ogni informazione necessaria per costruire una strategia nuova, che devono guidare decisioni collettive.⁸

Servono meno regole ma fatte insieme da tutti gli attori del sistema

Tre suggerimenti per ripartire. Il primo: servono meno regole ma fatte insieme da tutti gli attori del sistema. Secondo, fare meno ricerca ma utile, rilevante per i bisogni di salute dei cittadini.⁹ Terzo, avviare programmi di educazione alla valutazione critica a partire dalla scuola dell'obbligo: ripartiamo prevedendo delle ore di dialogo e di insegnamento nelle scuole primarie e secondarie, coinvolgendo bambini e adolescenti nella costruzione di un sapere scientifico che li protegga dalle false verità e dall'informazione condizionata.¹⁰ ▲

Bibliografia

- 1 Pique's businesses represent potential conflict of interest. Marca, 18 aprile 2022. Ultimo accesso 30 giugno 2022.
- 2 De Fiore L. Il ruolo formativo dell'editoria. Riv Sper Freniatria 2022; 1: 153-68.
- 3 Hagve M. The money behind academic publishing. Tidsskriftet, 20 agosto 2020. Ultimo accesso 30 giugno 2022.
- 4 Larivière V, Haustein S, Mongeon P. The oligopoly of academic publishers in the digital era. PloS One 2015; 10: e0127502.
- 5 Sumner P, Vivian-Griffiths S, Boivin J, et al. The association between exaggeration in health related science news and academic press releases: retrospective observational study. Bmj 2014; 349.
- 6 Sumner P, Vivian-Griffiths S, Boivin J, et al. Exaggerations and caveats in press releases and health-related science news. PloS One 2016; 11: e0168217.
- 7 Sunshine act. Via libera definitivo in legislativa dalla Affari Sociali. Ora più trasparenza nei rapporti tra Aziende sanitarie e imprese. Quotidiano sanità, 24 maggio 2022. Ultimo accesso 30 giugno 2022.
- 8 Dirindin N, De Fiore L, Rivoiro C. Conflitti di interesse e salute. Bologna: Il Mulino, 2018.
- 9 Glasziou P, Chalmers I. Research waste is still a scandal—an essay by Paul Glasziou and Iain Chalmers. BMJ 2018; 363: k4645.
- 10 Rasoini R, Formoso G, Alderighi C. La comunicazione della ricerca scientifica: informare (e formare) generando fiducia. Recenti Prog Med 2022; 113: 151-6.

Non c'è dubbio. Quando le persone hanno paura, quando sono stressate, quando sono stanche, non danno il meglio di sé. La stessa cosa che vale per uno specializzando alla fine di un turno di trenta ore vale per una persona ansiosa nel terzo anno della pandemia. Ma alla fine, le migliori decisioni cliniche e di politica sanitaria sono quelle basate sulle migliori prove disponibili e sulla riflessione consapevole. A cui spero di contribuire in queste pagine.

Ho voluto unirmi ai miei colleghi per costruire Sensible Medicine per diversi motivi. In primo luogo, credo che dobbiamo ascoltare voci diverse per dare un senso a quello che sta accadendo e alla pratica clinica. Nessuno ha il monopolio della verità. E spesso la ragione non è da una parte sola, a diversi livelli. Sensible Medicine è uno spazio che presenterà una serie di punti di vista. Anche alcuni con cui potrei non essere d'accordo.

In secondo luogo, la medicina ha sempre riguardato molte dimensioni della vita. Dalla biologia molecolare alla poesia. I medici devono saper interpretare gli studi clinici ed essere in grado di sostenere conversazioni difficili. È l'ampiezza della professione che la rende costantemente stimolante e sempre alla ricerca di conferme. Mi piace moltissimo pensare che Sensible Medicine sarà un luogo dove presenteremo sia storie dalla prima linea della pratica medica sia commenti ferocemente critici su articoli di ricerca.

Perché scrivo su Sensible Medicine

Vinay Prasad

Medico onco-ematologo

Department of epidemiology and biostatistics

University of California San Francisco



Terzo, sono uno studente e uno studioso della medicina basata sulle prove. Significa molto per me. Significa che quando disponiamo di prove davvero robuste, le seguiamo. E non diamo la priorità ad aneddoti o a opinioni che non siano in linea con le prove di cui disponiamo. Significa anche che quando le evidenze non ci sono, lo riconosci con onestà. Non fai finta e non dici bugie. Ci può stare di dire alla gente che “questa è l'ipotesi migliore che posso fare”, ma non va bene indorare la pillola o falsificare. Durante la pandemia, ci siamo imbattuti in molte situazioni in cui qualcuno ha mentito apertamente sulle prove disponibili invece di riconoscerne i profondi limiti.

[...]

Un giorno il covid-19 sarà finito. E il New York Times tornerà a scrivere articoli sui pro e contro di mangiare mirtillo o di bere caffè. Sensible Medicine sarà un luogo in cui discutere le ultime novità della medicina, i progetti di legge di politica sanitaria in agenda o le sentenze della Corte suprema che condizionano l'assistenza sanitaria.

Avremo ancora bisogno di re-imparare i principi della medicina basata sulle prove per gli anni a venire. Spero che Sensible Medicine possa essere uno spazio dove ricordarcelo. Se il nostro progetto ti piace, condividi questo post.

« Sensible Medicine is a shared substack featuring the voices of leading physicians, scientists and thinkers. We aim to showcase a range of ideas and opinions about all things bio-medicine. »

Tra i diversi rischi per la salute globale la guerra nucleare è quello che potenzialmente minaccia la sopravvivenza dell'intero genere umano. La riduzione fino all'eliminazione di questo rischio rappresenta quindi una priorità di sanità pubblica.

Per raggiungere questo obiettivo la comunità internazionale ha a disposizione uno strumento formidabile: il 7 luglio 2017 è stato adottato dalle Nazioni Unite un accordo globale storico per la messa al bando delle armi nucleari, noto come il Trattato delle Nazioni Unite sulla proibizione delle armi nucleari (Tpnw) che è entrato in vigore il 22 gennaio 2021, riempiendo un vuoto significativo nel diritto internazionale. Il Trattato proibisce alle nazioni di sviluppare, testare, produrre, fabbricare, trasferire, possedere, immagazzinare, usare o minacciare l'uso di armi nucleari, o permettere che armi nucleari siano posizionate sul proprio territorio. Per adesso hanno aderito 66 nazioni.

Uomini e donne delle professioni sanitarie sono da sempre in prima linea nell'impegno globale a favore del disarmo nucleare, individualmente e all'interno di organizzazioni come gli International physicians for the prevention of nuclear war (premio Nobel nel 1985) a cui più recentemente si è aggiunta Ican, la International campaign for the abolition of nuclear weapons (premio Nobel 2017).

Chi svolge una professione sanitaria ha infatti il compito di salvaguardare e promuovere la salute della popolazione e sa, più di altri, che le infrastrutture sanitarie non sono e non possono essere preparate per la catastrofe umanitaria che risulterebbe dall'esplosione anche di una sola bomba atomica in una delle nostre città, per non parlare degli effetti di una vera e propria guerra nucleare. Inoltre, permettendo la presenza sul territorio italiano di armi nucleari ci diciamo pronti a sterminare la popolazione civile di un altro Paese. Questo non è eticamente sostenibile, neanche nel caso di una risposta a seguito di un attacco. Lo stesso concetto di "difesa" non è

Disarmo nucleare: una priorità di sanità pubblica

Per il Gruppo di lavoro di promozione della pace dell'Associazione italiana di epidemiologia¹

Pirous Fateh-Moghadam

Responsabile Osservatorio epidemiologico

Dipartimento di prevenzione

Azienda provinciale per i servizi sanitari

Provincia autonoma Trento

applicabile al ricorso alle armi nucleari che, palesemente e per loro stessa natura, violano tutti i principi della proporzionalità, della protezione dei civili e della distinzione tra combattenti e non combattenti, sanciti dal diritto internazionale attraverso i protocolli delle Convenzioni di Ginevra. Sono la negazione assoluta di tutti i valori che diciamo di voler difendere e vedere affermati nel mondo.

Gli argomenti a favore degli armamenti nucleari assomigliano molto a quelli portati avanti con deprimente monotonia dalla lobby delle armi negli Stati Uniti dopo ogni strage scolastica di bambini: la maggiore sicurezza sarebbe raggiungibile solo incrementando ulteriormente il numero di armi, per esempio addestrando e dotando il personale docente di pistole. In Europa e in Italia scuotiamo increduli la testa sentendo queste affermazioni, riconoscendole immediatamente per quello



che sono: un delirio. Tuttavia questo delirio assomiglia molto al principio su cui si basa anche la teoria della deterrenza per la quale la Russia, gli Stati Uniti, il Regno Unito, la Francia, la Cina, l'India, il Pakistan, Israele e la Corea del Nord detengono un totale stimato di circa 13.000 armi nucleari, la maggior parte delle quali è molto più potente delle bombe con cui Hiroshima e Nagasaki sono state rase al suolo. L'intera umanità potrebbe essere sterminata, non una ma molte decine di volte. A questi nove stati, se ne aggiungono altri cinque che ospitano armi nucleari statu-

nitensi sul proprio territorio: Germania, Belgio, Olanda, Turchia e Italia. In questi paesi viene quindi accettato il principio per cui la nostra sicurezza si deve basare sull'equilibrio del terrore. I fautori di tale teoria affermano che l'uso delle armi nucleari è un suicidio in ogni caso (chi le usa per primo muore per secondo), che nessuno sano di mente vorrà compiere e per questa ragione il possesso di tali armi sarebbe una garanzia per la pace.

Uno sguardo ai personaggi che popolano la scena ai massimi livelli di potere mondiale, dovrebbe essere più che sufficiente per dare invece ragione a Günther Anders² quando afferma che non ci sia "nulla di più irrazionale che speculare sulla ragionevolezza" di chi detiene il potere sull'uso di queste armi. Per tacere del fatto che, oltre all'uso intenzionale, c'è sempre il rischio di un incidente catastrofico. Come se tutto ciò non bastasse, si è aggiunto il conflitto in Ucraina mettendo in chiaro che la guerra nucleare potrebbe essere più che mai vicina.

È evidente: il problema è l'esistenza di queste armi in generale e l'unica soluzione e vera promessa di sicurezza sta nella loro eliminazione e quindi nell'adesione convinta al Tpnw, il prima possibile.

Il problema è l'esistenza di queste armi in generale e l'unica soluzione e vera promessa di sicurezza sta nella loro eliminazione e quindi nell'adesione convinta al Trattato delle Nazioni Unite sulla proibizione delle armi nucleari, il prima possibile

La lettera aperta

Per questo motivo, come Gruppo di lavoro di promozione della pace dell'Associazione italiana di epidemiologia (Aie), insieme al Consiglio direttivo dell'Aie, avevamo scritto una lettera aperta esortando il Governo italiano a garantire la propria presenza alla prima riunione internazionale sul Tpnw che si è svolta a Vienna, dal 21 al 23 giugno 2022.

Date le dichiarazioni d'intenti espresse in precedenza, ritenevamo che questo sarebbe stato un obiettivo assolutamente raggiungibile. Nel settembre 2017, il Parlamento italiano aveva infatti adottato una risoluzione che incaricava il Governo di "esplorare la possibilità" di diventare uno stato parte del Trattato.³ Nell'ottobre 2017, Luigi Di Maio, prima di assumere la carica di ministro degli esteri, si era impegnato insieme ad altri 246 parlamentari a lavorare per la firma e la ratifica del Trattato.⁴ L'ex presidente del Consiglio italiano Enrico Letta e l'ex ministro degli esteri Franco Frattini avevano firmato una lettera aperta nel settembre 2020, chiedendo ai leader mondiali di "mostrare coraggio e audacia e aderire al trattato".⁵ Infine, il 18 maggio 2022, la Commissione esteri della Camera dei deputati aveva approvato una risoluzione⁶ che impegnava il Governo "a valutare la partecipazione dell'Italia come 'Paese osservatore' alla Prima Riunione degli Stati Parti del Trattato di proibizione delle armi nucleari".

Ciononostante, l'Italia non ha partecipato alla riunione, nemmeno in qualità di osservatore, a differenza, tra gli altri, di Germania, Belgio e Olanda. Si tratta di Paesi che, come l'Italia, appartengono alla Nato e ospitano bombe atomiche degli Usa. L'Italia si è quindi voluta distinguere in negativo decidendo di non partecipare alla riunione. In altre parole, il governo non ritiene necessario riflettere sulla propria posizione rispetto alla presenza di bombe atomiche sul territorio italiano, nonostante siano considerate illegali dal diritto internazionale umanitario da quando è entrato in vigore il Tpnw e nonostante sia

universalmente riconosciuto che il rischio di un impiego di armi nucleari è oggi più alto che mai. Antonio Guterres, segretario generale delle Nazioni Unite, ha dichiarato, nel suo discorso di apertura della riunione viennese, che non è ammissibile permettere a una manciata di Paesi di mettere a repentaglio la sicurezza del resto del mondo.⁷ È amaro constatare che l'Italia faccia parte di questa manciata di Paesi e, a differenza di altri, non senta nemmeno il bisogno di fermarsi a riflettere e di confrontarsi con la comunità internazionale su questo tema.

Il Governo si è anche chiuso al confronto interno, dato che non ha mai risposto alla lettera dell'Aie, nonostante il fatto che molti esponenti non solo del mondo sanitario ma anche della società civile l'avessero firmata, con adesioni individuali (oltre 700 firme) e collettive di altre società scientifiche di area biomedica. Anche la rivista *The Lancet* ha successivamente pubblicato un articolo che descrive l'iniziativa dell'Aie e ne illustra le motivazioni di sanità pubblica.⁸

Non occorre tuttavia scoraggiarsi. Ovviamente rimane molto da fare e sappiamo che non sarà facile, specialmente in Italia, ma abbiamo dalla nostra parte l'evidenza scientifica e tutti coloro che non accettano l'idea di essere "difesi" attraverso la minaccia reciproca dell'assassinio di massa della popolazione civile di altri Paesi. ▲

Bibliografia

- ¹ Per maggiori informazioni: www.epidemiologia.it/aie-e-pace/
- ² Günther Anders. *Die atomare Drohung*. 7ª edizione. C.H. Beck, 2003, pagina 21.
- ³ Ican. How is your country doing? Italy. www.icanw.org/italy
- ⁴ Ican, Full list of pledge takers. https://pledge.icanw.org/full_list_of_pledge_takers
- ⁵ Open letter in support of the treaty on the prohibition of nuclear weapons. 21 settembre 2020. www.icanw.org/56_former_leaders
- ⁶ Camera dei deputati. Risoluzione n. 7-00766 Boldrini: Sull'impegno dell'Italia a favore del disarmo nucleare. Bollettino delle giunte e delle commissioni parlamentari - Affari esteri e comunitari (III), 21 aprile 2022.
- ⁷ Tutti i documenti e le dichiarazioni fatte durante la riunione (tra cui anche quella di Papa Francesco) possono essere scaricati dal sito delle Nazioni Unite: <https://meetings.unoda.org/meeting/tpnw-msp-1-2022/>
- ⁸ Bisceglia L, Fateh-Moghadam P. The prohibition of nuclear weapons: a public health priority. *The Lancet* 2022; 400: p 158-9.

Relazione tra **scienza e politica** nel contesto ambiente e salute

Le scelte che tutelano la salute
dei cittadini nei riguardi
dei rischi ambientali sono difficili
per le pressioni del contesto economico

Liliana Cori e Fabrizio Bianchi
*Unit of Environmental epidemiology
and disease registries
Istituto di Fisiologia clinica Cnr, Pisa*



e discipline scientifiche che studiano la relazione tra ambiente e salute hanno carattere multi e interdisciplinare e una stringente necessità di confrontarsi con le scelte politiche, con l'obiettivo di influenzare le decisioni che riguardano la salute pubblica. Nell'accezione di salute unica o One health, la qualità dell'ambiente incide sulla salute degli esseri viventi e dipende da azioni orientate ad attenuare gli impatti negativi e irrobustire quelli positivi. Succede però che spesso i risultati scientifici non vengano considerati o lo siano in modo inadeguato o insufficiente.

Questi elementi si ritrovano in molti ambiti scientifici e nel caso delle relazioni tra ambiente e salute presentano tratti molto caratteristici, soprattutto per la vicinanza tra gli obiettivi della ricerca scientifica e

quelli della prevenzione. Infatti, nel campo ambiente e salute è largamente condiviso l'obiettivo generale della rimozione di fattori di rischio o la riduzione dell'esposizione a rischio di persone e gruppi.

Queste opzioni sono non solo ben radicate tra gli scienziati ma sono ormai da tempo presenti nei documenti programmatici e strategici comunitari e nazionali, quali ad esempio i piani europei per l'ambiente (siamo arrivati all'ottavo), i piani di azione per l'ambiente e la salute (più o meno aggiornati secondo la nazione) e i piani nazionali di prevenzione del Ministero della salute (in vigore quello 2020-2025)¹ che le Regioni mettono in pratica.

Tanti determinanti e fattori di rischio

La varietà dei determinanti di salute – che hanno origine ambientale, sociale, individuale e che sono interconnessi tra loro – rende complesso il campo di studio e anche il trasferimento dei risultati in politiche di prevenzione. La sfida principale per le politiche in ambiente e salute è la necessità di essere intersettoriali, con i connessi rischi di conflittualità con altre politiche.

Piani e programmi finalizzati al miglioramento dell'ambiente e della salute devono essere calati nella realtà socio-economica e qui aumenta la complessità e la responsabilità sia di chi è chiamato a prendere decisioni sia dei ricercatori, che devono realizzare studi all'altezza della sfida, cioè in grado di considerare e valutare i principali determinanti di salute e fattori di rischio, le loro interrelazioni e le conseguenze delle azioni.

Si tratta quindi di una ricerca finalizzata allo sviluppo di azioni di prevenzione di provata efficacia. Più facile a dirsi che a farsi, ma questa è la sfida affinché le decisioni di sanità pubblica siano basate su evidenze scientifiche rigorose, capaci di affrontare le posizioni dubbiose o l'opposizione che può venire da una parte dei portatori di interesse in campo.



Il (non) contributo della ricerca scientifica

La notizia buona è che negli ultimi decenni la ricerca scientifica in campo ambiente e salute ha fatto passi da gigante e sono innumerevoli gli argomenti su cui le conoscenze sono consolidate e sufficienti per orientare scelte politiche. Un esempio forte e chiaro è quello delle conoscenze sulla relazione causale tra inquinamento atmosferico e salute, che permetterebbe scelte politiche chiaramente orientate a proteggere la salute della popolazione, decisioni che nella pratica si rivelano più difficili da prendere di quanto le evidenze scientifiche suggerirebbero. Un esempio emblematico è rappresentato dalle nuove linee guida sui livelli di qualità dell'aria per proteggere la salute, pubblicate nel 2021 dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), che rappresentano una pietra miliare per la presa di decisioni.²

Il rapporto dell'Oms fissa livelli di concentrazione dei principali macro inquinanti molto inferiori a quelli europei e della normativa vigente in Italia (D.Lvo 155/2010), già non rispettati in ampie parti del territorio e che segnalano una sovraesposizione a rischio di ampi strati di popolazione, o di tutta, come nelle aree più inquinate come la Pianura padana. Sono ampiamente conosciuti anche i principali rischi individuali che influiscono sulle tante malattie sensibili a inquinamento dell'aria, così come sono noti i benefici sia sanitari che economici ottenibili da politiche di risanamento, nonché i co-benefici sul piano della crisi climatica.³

Non mancano esempi di completo disaccoppiamento tra risultati della ricerca e decisioni politiche

Ma, come verificiamo ogni giorno, quanto e come i risultati degli studi di epidemiologia ambientale vengano “raccolti” dalla politica e trasformati in decisioni è argomento molto più complesso e meno lineare di quanto si potrebbe arguire dalla sola robustezza e maturità dei risultati scientifici. Questo, perché è una questione dipendente da molti elementi, per lo più non separati tra loro, e molto “esposti” alle priorità dell'economia capitalista. I riscontri empirici non mancano, come la pressione forte e costante delle lobby degli industriali europei contro un possibile abbassamento dei limiti di qualità dell'aria. Non mancano poi esempi di completo disaccoppiamento tra risultati di ricerca e decisioni politiche, come quello recente del ritorno al carbone per la produzione energetica, in chiara contrarietà con le robuste conoscenze sui danni delle combustioni di carbone su ambiente e salute. Come se non fossimo in piena crisi climatica, nonostante impegni e buoni propositi, l'uso del carbone è aumentato su scala globale: nel 2021 le emissioni di CO₂ dovute all'energia hanno toccato il massimo storico di 36,3 miliardi di tonnellate, con un aumento del 6 per cento (per approfondire, vedi il rapporto Iia 2021). Il carbone ha pesato per il 40 per cento sulla crescita complessiva delle emissioni di CO₂, raggiungendo il massimo storico di 15,3 miliardi di tonnellate. In Europa le emissioni di CO₂ prodotte dalle centrali a carbone nel 2021 sono aumentate del 17 per cento rispetto al 2020.

Eppure si sa quanto queste combustioni contribuiscano all'inquinamento globale, mentre il rendimento elettrico lordo è più basso rispetto alle altre fonti, con un'emissione di CO₂ molto elevata. Inoltre, disponiamo di conoscenze persuasive sul fatto che la combustione del carbone nelle centrali elettriche emette più ossidi di azoto, anidride solforosa, particolato e metalli pesanti per unità di energia rispetto a qualsiasi altra fonte di combustibile e compromette la salute delle popolazioni esposte.

Quale bussola per quali politiche?

La bussola delle scelte non si basa sulla prevalenza degli interessi collettivi, ma è spesso soggetta a deviazioni magnetiche per alleviare le quali ogni attore in campo è chiamato a fare il suo meglio: la scienza, la politica, i media. In questo scenario, niente affatto raro sul piano fattuale, il convitato di pietra è la partecipazione dei cittadini, senza la quale pare difficile garantire una piena governance del rischio orientata alla prevenzione.

Al proposito è da sottolineare che in Europa e anche nel nostro paese si sta facendo un intenso esercizio di scienza partecipata o *citizen science*, e sono numerose le circostanze in cui gli amministratori e gli organi di controllo si rendono conto che le politiche condivise sono più facili da applicare e il contributo attivo dei cittadini nel produrre scienza può aumentare la fiducia e combattere la diffusione di fake news e contrapposizioni ideologiche.⁴

Se la forza dei risultati degli studi su ambiente e salute è un requisito centrale da garantire, non si può sottovalutare la forbice tra il punto di vista degli scienziati e quello dei decisori: spesso essa è sufficiente per i primi e insufficiente per i secondi. Sulla diversità di punto di vista del ricercatore rispetto a quello dell'amministratore, agiscono elementi di cultura, di mandato, di prospettiva.

L'uso malevolo dell'incertezza e il dialogo tra scienza e politica

Ma ci sono anche altri fattori che entrano in gioco, a volte prepotentemente, a mescolare le carte e confondere gli attori. Il più subdolo è l'uso dell'incertezza e della non esaustività dei risultati raggiunti. Sulla costruzione del dubbio, per discreditare o indebolire risultati conseguiti da studi indipendenti, la storia offre tanti esempi, dalla cancerogenicità del tabacco alla vicenda del glifosato.⁵ Parte della comunità scientifica si presta quindi da molto tempo ad alimentare questo tipo di dubbi, perché esistono conflitti di interesse quasi sempre non dichiarati per

niente, insufficientemente o in modo poco chiaro.

Un altro problema risiede nell'assenza di interfaccia adeguata tra scienza e politica, in termini tutt'altro che teorici, ma di sedi, luoghi, metodi e strumenti. Le notizie circolano e vengono moltiplicate sugli strumenti di comunicazione di massa o sui social che tipicamente operano ad un livello di ragionamento superficiale, non consentono approfondimenti, spiegazioni e articolazioni, e lasciano spazio a manipolazioni basate su preconcetti o su "agende politiche" già definite su diversi tavoli. Su questi e molti altri temi si aprono molti interrogativi – ad esempio, come stabilire le priorità? Chi paga? Quali approcci per contrastare le ingiustizie ambientali (utilitarista, comunitarista, altri)? Interrogativi sui quali ci addenteremo nei prossimi interventi. ▲

Sulla diversità del punto di vista del ricercatore e dell'amministratore agiscono elementi di cultura, di mandato, di prospettiva

Bibliografia

¹ Ministero della salute. Piano nazionale della prevenzione 2020-2025. Ultimo accesso 4 agosto 2022.

² World health organization. Global air quality guidelines Particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. WHO 2021. Ultimo accesso 4 agosto 2022.

³ Vineis P, Carra L, Cingolani L. Prevenire. Manifesto per una tecnopolitica. Torino: Einaudi, 2020.

⁴ Cori L, Re S, Bianchi F, Carra L. Comunicare ambiente e salute. Aree inquinate e cambiamenti climatici in tempi di pandemia. Pisa: Edizioni ETS, 2021.

⁵ Michaels D, Monforton C. Manufacturing uncertainty: contested science and the protection of the public's health and environment. *Am J Public Health* 2005; 1: S39-48.

Cambiamento climatico: anche il NEJM accende la sveglia

La crisi climatica sta raggiungendo livelli estremi, ma l'impegno di importanti riviste mediche internazionali è una buona notizia, che si accompagna alla visione pragmatica e propositiva di Yuval Noah Harari

Quest'anno il Po, fin dal Monviso, è ridotto a un rivolo e questa "evidenza" sta riempiendo le prime pagine dei giornali. L'emergenza siccità s'impone come urgenza perfino rispetto alla guerra in Ucraina e surclassa le polemiche della politica interna. Accade d'estate – e non è la prima volta – ma una stagione così arida non la si ricorda in Italia da settant'anni. Ogni anno, in effetti, va un po' peggio e questo inizio della stagione calda segna un'accelerazione improvvisa, per quanto non inattesa.

Da anni, infatti, è desta l'attenzione nei confronti del cambiamento climatico, del mutamento globale del clima, in grado di influenzare – quando non di sovvertire – le economie di molti Stati, compreso il nostro. Solo che funziona come un basso continuo, come una nota solenne che ci accompagna nella quotidianità senza scuoterla più di tanto. Il problema è che, invece, il cambiamento climatico non comporta solo costi e restrizioni economiche, ma costituisce una grave crisi in termini di salute pubblica. Ne hanno preso atto anche il NEJM e il gruppo editoriale che fa capo a un'antica associazione scientifica, la Massachusetts medical society.¹ Infatti, hanno

Il problema è che il cambiamento climatico non comporta solo costi e restrizioni economiche, ma costituisce una grave crisi in termini di salute pubblica

deciso d'impegnarsi ancor più direttamente che nel recente passato nel sensibilizzare l'opinione pubblica sugli effetti del cambiamento climatico sulle condizioni di salute e sui sistemi di assistenza sanitaria. Da questo mese, sul NEJM è disponibile gratuitamente una raccolta di articoli e di altre risorse sull'argomento clima, per supportare medici e operatori sanitari. Una mappa interattiva di grande efficacia e impatto grafico rende immediatamente evidente la rilevanza dei cambiamenti climatici per i diversi specialismi (comprendendone tredici, dalle malattie respiratorie alla pediatria, dalla medicina cardiovascolare alla dermatologia).



I principali dati sono noti.² La temperatura media globale è attualmente di 14,8 gradi centigradi, la più alta da decine di migliaia di anni, di 1,1 gradi al di sopra dei livelli preindustriali. Il livello di CO₂ nell'atmosfera è di 418 ppm, il più alto da milioni di anni a questa parte. Il rapporto del Gruppo intergovernativo degli esperti sul cambiamento climatico delle Nazioni Unite, pubblicato all'inizio di quest'anno, ha avvertito che le emissioni di gas serra devono iniziare a diminuire entro il 2025 e ridursi del 43 per cento rispetto ai livelli attuali entro il 2030 se vogliamo limitare il riscaldamento a una crescita di 1,5 gradi, obiettivo prefissato dall'Accordo di Pa-

rigi. Oltretutto, sappiamo perfettamente come si dovrebbe fare: disponiamo già degli strumenti necessari per iniziare a ridurre sostanzialmente le emissioni nei prossimi tre anni; i progressi tecnologici hanno reso l'energia solare ed eolica ampiamente disponibile e spesso più economica dei combustibili fossili. Eppure, come nella crisi russo-ucraina in corso, è a essi che si ricorre. Mentre invece i governi dovrebbero innanzitutto smettere di sovvenzionare i combustibili fossili. La crisi attuale dimostra in modo esemplare che l'ostacolo principale a una transizione equa dal carbone, dal petrolio e dal gas naturale è la mancanza di volontà politica,

anche a causa dell'influenza esercitata dall'industria dei combustibili fossili.

Il NEJM ha scelto di esercitare ogni pressione possibile sull'opinione pubblica, a partire dai propri lettori di tutto il mondo, raddoppiando l'attenzione nei confronti del cambiamento climatico e dei suoi rischi per la salute globale, pubblicando ogni mese almeno un articolo sull'argomento su ognuna delle tre riviste del gruppo (New England Journal of Medicine, NEJM Evidence e NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery). L'autorevole media statunitense si unisce all'impegno di altre istituzioni mediche: tra tutte, ricordiamo The BMJ – rivista della British medical association – che da tempo è in prima linea per sensibilizzare i propri lettori su questi argomenti.

PER APPROFONDIRE

La soluzione alla crisi climatica

Basta investire il 2 per cento del prodotto interno lordo mondiale per avviare a soluzione la crisi climatica. Il ragionamento dell'intellettuale israeliano Yuval Noah Harari è chiaro e incalzante: in una TED Talk, pubblicata online il 17 giugno, spiega che la soluzione non è in un costo, ma in un investimento: "Non stiamo parlando di bruciare mucchi di banconote in qualche enorme sacrificio agli spiriti della Terra. Stiamo parlando di fare investimenti in nuove tecnologie e infrastrutture, come batterie di nuova generazione o altre tecnologie per immagazzinare l'energia solare e reti elettriche aggiornate per distribuirla. Questi investimenti creeranno molti nuovi posti di lavoro e opportunità economiche e probabilmente saranno economicamente redditizi a lungo termine, in parte riducendo le spese sanitarie e salvando milioni di persone dalle malattie causate dall'inquinamento atmosferico. Inoltre, poiché petrolio e gas spesso sostengono regimi autocratici e militaristici, ridurre la nostra dipendenza dai combustibili fossili sarà un enorme vantaggio per la democrazia e la pace. Tutto questo può tradursi in un concreto piano d'azione politico". Del resto, aggiunge lo storico, i politici servono proprio a questo: per decidere dove destinare le risorse di cui le economie dispongono. Quella di Harari è una splendida, pragmatica esortazione a prendere consapevolezza e ad agire, esercitando in modo compiuto i diritti di cittadinanza.



Per l'intellettuale Yuval Noah Harari la soluzione non è in un costo, ma in un investimento. Basta il 2 per cento del prodotto interno lordo mondiale per avviare a soluzione la crisi climatica

Sì, perché quella del medico può essere una voce importante: "Il cambiamento climatico sta già causando danni fisici, malattie e morte in tutto il mondo, a causa di ondate di caldo, incendi, tempeste, inondazioni, siccità, aumento delle malattie infettive e malattie mentali" scriveva Fiona Godlee in un editoriale il 6 maggio scorso.³ "Il cambiamento climatico minaccia anche le basi di una buona salute, come aria pulita, acqua potabile sicura, cibo nutriente, riparo sicuro, stabilità finanziaria, uguaglianza sociale, accesso all'assistenza sanitaria e sostegno sociale". L'augurio è che la pubblicazione costante di questi lavori chiarisca anche il ruolo non secondario del mondo dell'editoria medica e del suo possibile impatto sulla sanità pubblica nell'affrontare questa crisi, stimolando una ricerca in grado non solo di accompagnare, ma di guidare lo sviluppo di nuove politiche di sviluppo energetico rispettose dell'ambiente e della salute globale. ▲

A cura della redazione de il punto

Bibliografia

¹ www.nejm.org/climate-change

² <http://climate.gov>

³ Godlee F. Who cares about climate change? BMJ 2022; 377 :o1150 doi:10.1136/bmj.o1150

Il ruolo dei medici nel rispetto dell'ambiente e della salute

A Torino, al Meeting europeo di Fridays for Future, si è discusso dell'impatto di esami e terapie sul cambiamento climatico

Che l'ambiente di vita e di lavoro sia un determinante dello stato di salute è cosa nota. Quale impatto il cambiamento climatico sta avendo sulla salute delle persone? E, viceversa, quanto incidono sull'ambiente le attività relative alla salute? In particolare, qual è l'impatto di esami e terapie sul surriscaldamento globale? Quale ruolo possono svolgere i medici nel sensibilizzare i cittadini e nel promuovere comportamenti più corretti e rispettosi dell'ambiente? Questo è il tema dell'incontro "La crisi climatica è una crisi sanitaria" organizzato nell'ambito del Meeting europeo di Fridays for Future che si è tenuto, a fine luglio, a Torino.¹

"L'ambiente è un problema di salute, le modificazioni dell'ambiente incidono sulla salute" – ha spiegato Guido Giustetto, presidente dell'Ordine di Torino, in un video per Fnomceo Tg Sanità.² "Ma c'è un altro rapporto molto interessante, che non sempre è noto: è il fatto che il sistema salute contribuisce, in una parte che non è proprio piccola, al riscaldamento globale. Alcuni studi calcolano questo valore intorno al 4/4,5 per cento, in gran parte a causa dell'energia usata e dei materiali utilizzati nell'effettuazione degli esami

L'ambiente è un problema di salute delle persone. E a sua volta il sistema salute contribuisce al riscaldamento globale

diagnostici. Quindi l'insieme delle nostre scelte prescrittive genera anch'esso un aumento delle temperature".

"Se consideriamo che circa il 20-30 per cento delle prestazioni mediche è ritenuto inappropriato, è evidente ci possono essere margini per intervenire su questo aspetto. Cosa possiamo allora fare come medici?" si chiede Giustetto. "Noi abbiamo due strade: la prima è quella di cercare di rendere consapevoli le persone, e anche i nostri colleghi di questo fenomeno. La seconda è muoverci in concreto: quando decidiamo di prescrivere una risonanza, un esame del sangue, ricordarci che, se non è essenziale, se non è appropriata, se non è importante oltre a fare una cosa inutile, e quindi sprecare delle risorse, facciamo anche un danno perché aumentiamo il problema delle temperature e quindi la crisi climatica che stiamo vivendo". ▲

Bibliografia

¹ Comunicato stampa OMCeO Torino, 27 luglio 2022.

² Comunicato stampa Fnomceo, 26 luglio 2022.

Guarda il video



Il medico sarà ancora un **medium**?

“Essere-tra” il paziente e una diagnosi restituita dalle nuove tecnologie informatiche ma da interpretare sulla base dei valori del paziente, per comunicare e consigliare

Matteo Cresti

Ricercatore in filosofia morale
Dipartimento di filosofia e scienze dell'educazione
Università degli studi di Torino

PER APPROFONDIRE

Le relazioni ai tempi dello zettabyte e dei big data

Luciano Floridi è una delle voci più autorevoli della filosofia contemporanea, insegna Filosofia ed etica dell'informazione all'Università di Oxford e Sociologia della cultura e della comunicazione all'Alma Mater Studiorum Università di Bologna. Nel libro *La quarta rivoluzione industriale. Come l'infosfera sta trasformando il mondo* riflette su come gli sviluppi nel campo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione stiano modificando le relazioni che stabiliamo gli uni con gli altri: siamo ormai connessi gli uni con gli altri senza soluzione di continuità e parte integrante di un'"infosfera" globale. Per Floridi le Ict modificano la natura stessa della realtà ampliando i confini dell'umano e aprendolo al post-umano. "Siamo nel pieno di una quarta rivoluzione, dopo quelle di Copernico, Darwin e Freud".

Il filosofo dell'informazione Luciano Floridi attribuisce alla tecnologia come tratto fondamentale il suo "essere-tra".¹ La tecnologia si pone tra il mondo naturale e l'utente. Una forbice per cogliere un fiore si pone tra me, le mie mani, il mio desiderio di avere una rosa profumata sul mio tavolo e la natura, la pianta che mi sta dinanzi. Questa è ciò che Floridi chiama tecnologia di primo ordine. Ne esistono però altri di ordini tecnologici, a suo avviso. La tecnologia può trovarsi "tra" non solo me e la natura, ma anche tra me e altra tecnologia: questa è la tecnologia di secondo ordine, come nel caso di un cacciavite che spinge in un pezzo di legno una vite. Il cacciavite si interpone tra me e altra tecnologia. Ma ancora esiste una tecnologia di terzo ordine, che si pone tra la tecnologia e altra tecnologia, come una chiavetta usb che si pone tra due computer o tra il computer e una rete internet. La caratteristica di "essere-tra" non è però solo tipica della tecnologia. Ma di tutto ciò che è inserito in un processo e dunque di



ciò che svolge un compito o un lavoro. Potremmo descrivere la professione del medico nel medesimo modo, come qualcuno o qualcuna che si trova “tra”, si trova tra il paziente e un certo dato diagnostico che il paziente non è in grado di interpretare autonomamente; si trova tra il paziente e un altro medico a cui bisogna fornire alcune informazioni precise in linguaggio tecnico, si trova tra medici in un’equipe di cura o di ricerca.

L’essere del medico “tra” il paziente e la medicina è alla base delle teorie sul rapporto tra paziente e personale sanitario. Saper comunicare adeguatamente infatti significa svolgere il proprio compito di medium tra un sapere e dei dati che sono interpretabili con difficoltà dal paziente. Come ben rilevato da Giampaolo Collecchia in un recente articolo qui pubblicato questo rapporto può essere mutato dall’avvento delle nuove tecnologie informatiche.² L’intelligenza artificiale applicata all’ambito sanitario stravolge il paradigma tradizionale, e lo fa in due sensi. Il pri-

Il medico non è, e non sarà, l’unico deputato a sapere interpretare e comunicare i dati medici

mo è aumentando la potenza prognostica: un algoritmo è capace di processare più informazioni in un tempo più rapido e con un minore margine di errore.³ Il secondo è ponendosi come nuovo medium con cui il paziente può direttamente interfacciarsi.

A quale medico non è capitato il o la paziente che si presentano in ambulatorio esclamando: “Dottore, ho letto su internet che...” Questa è solo la punta dell’iceberg di un cambiamento ben più grande che sta avvenendo all’interno della sanità e che coinvolge la figura del medico. Il medico non è, e non sarà, l’unico deputato a sapere interpretare e comunicare i dati medici. Già da qualche anno i pazienti possono misurarsi la pressione sanguigna a casa >

loro. Oggi possono avere con sé un monitoraggio continuo di vari parametri, che va dal battito cardiaco, alla pressione, alla glicemia. Il tutto racchiuso all'interno del loro smartphone. Il device però non si limiterà solo a rendergli disponibile il dato sanitario che li riguarda, ma sarà anche in grado di interpretarlo, di fare una diagnosi accurata.

La conoscenza medica che prima era appannaggio di pochi e poche professioniste, tramite queste tecnologie viene democratizzata e diviene fruibile direttamente senza alcun passaggio intermedio, senza bisogno di un medium. Non a caso Eric Topol, cardiologo e direttore dello Scripps research translational institute, parla di una democratizzazione della medicina.⁴ I dati sanitari sono dati sul nostro corpo e non dobbiamo più passare attraverso la mediazione di una persona per poterli leg-

gere e sapere cosa indicano. Mio è il corpo, miei sono i dati, mia la decisione.

Questo cambiamento pone ovviamente dei problemi. Il primo è proprio la validazione scientifica di questi algoritmi. La sperimentazione è spesso carente e presenta criticità. Inoltre l'utilizzo dei big data (cioè di una grande quantità di dati su cui l'algoritmo può essere addestrato o imparare autonomamente) è esso stesso problematico.⁵ Questi dati possono essere viziati da pregiudizi (i cosiddetti bias), possono non essere standardizzati, parziali, possono essere vecchi. L'algoritmo può non essere stato testato con gruppi di controllo, può raccogliere i dati in modo errato perché il paziente non è stato addestrato ad utilizzare il device in modo corretto.

Tuttavia un altro punto spesso trascurato merita di essere richiamato all'attenzione. Mentre questi problemi sono problemi contingenti, cioè possono essere in qualche modo risolvibili (i device possono essere adeguatamente sperimentati, possono utilizzare dati privi di pregiudizi o i pazienti possono essere addestrati all'utilizzo di questi strumenti) ci sono problemi che invece sono intrinseci a queste nuove tecnologie. Ed i problemi sono connessi con il ruolo del medico. Quale sarà il futuro della professione sanitaria?

Facciamo un esempio, che per ora è fantascienza ma che presto potrebbe divenire realtà. Un paziente si precipita nell'ambulatorio del medico di famiglia ed esclama: "Dottore, il mio telefonino mi ha detto che ho un melanoma e mi consiglia un intervento chirurgico del tutto automatizzato da fare nel tale ospedale con un nuovo ap-

PER APPROFONDIRE

La nuova medicina secondo Veatch

Robert Veatch è uno dei padri fondatori della bioetica medica. Nel suo libro *Patient, Heal Thyself. How the 'New Medicine' puts the patient in charge*, descrive la transizione dal paternalismo medico alla medicina moderna odierna come una transizione a metà strada dal "physician knows best" all'empowerment del paziente. In questo libro, Veatch esplora i prossimi passi necessari per una completa responsabilizzazione e autonomia del paziente informato. Mentre la medicina moderna riconosce il primato del paziente e il suo ruolo attivo nel processo decisionale condiviso, nella "new medicine" c'è una consapevolezza della necessità di scelte basate su quelli che sono i valori del paziente che richiedono la piena collaborazione medica tra paziente e professionista. Tutto questo comporta anche l'uso di un nuovo vocabolario. Lo stesso consenso informato – che Veatch definisce un "transitional concept" – dovrebbe essere abbandonato. Mentre i medici possono fornire competenze mediche su questioni tecniche di diagnosi, prognosi e opzioni di trattamento, la nuova medicina richiederà "un paziente molto più attivo incaricato di scegliere quali opzioni sono migliori per le proprie decisioni mediche". Secondo Veatch l'obiettivo è promuovere l'autonomia del paziente senza però abbandonarlo ad essa. E il grado con cui un paziente condivide l'autorità decisionale con il proprio medico è una decisione che spetta di diritto al paziente.

Fonte: Ross LF. JAMA 2009; 301: 1388-9.

parecchio che è stato appena acquistato”. Il nostro medico rimane un po’ interdetto. Sa che esistono app scaricabili sul cellulare che attraverso una foto possono predire la presenza di un melanoma, sa che la robotica in chirurgia è molto avanzata, sa che probabilmente quella diagnosi è corretta (ha una probabilità di esserlo significativamente più alta di una diagnosi tutta umana) e il paziente ha già deciso che percorso terapeutico intraprendere. Cosa gli resta? È immaginabile che gli risponda “Scusi, ma perché lei è venuto qui? Cosa devo fare, io?”

Ora questo è uno scenario futuristico. È pur sempre probabile che l’essere umano sia necessario, che come si dice in gergo informatico “resti nel loop”, cioè sia sempre coinvolto nel processo, torni cioè a “essere-tra” la tecnologia e gli altri umani. Tuttavia il suo ruolo sarà notevolmente diminuito o comunque profondamente mutato.

E allora? Allora resta qualcosa che per ora la macchina non può fare adeguatamente: comunicare e consigliare. La storiella appena raccontata non mostra un punto essenziale: quello del paziente che si fa la foto al neo sul braccio e dell’avviso che gli compare sul telefono: “melanoma al 98 per cento”. I suoi sentimenti e le sue emozioni sono

ignorati. La comunicazione è stata asettica, fredda, priva di qualsiasi “cura”. E viene lasciato completamente solo a decidere cosa fare della propria vita. Ecco che qui può di nuovo intervenire l’umano. Può prendersi in carico il paziente, essere lui o lei a comunicare la diagnosi fatta da una macchina e ad accompagnarlo nella scelta del percorso terapeutico più adeguato ai valori della persona presa in carico. Forse il medico non farà più diagnosi o non impugnerà più il bisturi, però potrà fare qualcosa di molto più importante: comunicare e accompagnare il paziente nella scelta.

Il grande bioeticista Robert Veatch ci ricordava che ogni scelta medica, anche prescrivere una semplice statina, è una scelta carica di valori.⁶ Scegliere tra una dieta e un medicinale può essere fatto basandosi sui fatti, ma deve anche essere fatto tenendo in considerazione costi e benefici, e dunque bilanciando valori, preferenze e interessi. Il medico ha sempre tenuto questo aspetto in secondo piano: le priorità erano fare le diagnosi e trovare una cura. Oggi (anzi domani) il medico può essere liberato da questo fardello e aiutare il paziente a fare chiarezza tra i propri valori e le proprie priorità. Sarà un medico diverso, ma probabilmente sarà il medico di cui avremo bisogno. ▲

Forse il medico non farà più diagnosi o non impugnerà più il bisturi, però potrà fare qualcosa di molto più importante: comunicare e accompagnare il paziente nella scelta

Bibliografia

- 1 Floridi L. La quarta rivoluzione industriale. Come l’infosfera sta trasformando il mondo. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2017.
- 2 Collecchia G. La predizione algoritmica in medicina tra speranze e disillusioni. il punto – confronti su medicina e sanità, 6 maggio 2022.
- 3 Per un catalogo delle possibilità offerteci dalla telemedicina e dall’intelligenza artificiale in sanità rimando al libro: Collecchia G, De Gobbi R. Intelligenza artificiale e medicina digitale. Una guida critica. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2020.
- 4 Topol E. The patient will see you now. The future of medicine is in your hands. New York: Basic Books, 2016.
- 5 Si veda: Leonelli S. La ricerca scientifica nell’era dei big data. Roma: Meltemi, 2018.
- 6 Veatch R. Patient, health thyself. How the “New Medicine” puts the patient in charge. New York: Oxford University Press, 2008.

Intelligenza artificiale in medicina: è una scelta politica?

Teresa Numerico insegna Logica e Filosofia della scienza all'Università di Roma Tre. La incontriamo per parlare dell'impatto dell'intelligenza artificiale sulla società e in particolare sulla medicina. A questi temi Numerico dedica gran parte della sua ricerca, in cui cerca di mostrare cosa si nasconde dietro l'apparente freddezza dei meccanismi automatici. L'ultimo suo libro, pubblicato dall'editore Carocci nel 2021, si intitola *Big data e algoritmi. Prospettive critiche*.

Sono ancora molte le domande aperte sull'uso dei sistemi esperti in sanità. La medicina oggi deve domandarsi quanto voglia essere automatizzata

Andrea Capocci,
fisico e giornalista,

dialoga con

Teresa Numerico,
filosofa della scienza



Professoressa Numerico, cosa significa “intelligenza artificiale”?



Non ha sempre significato la stessa cosa. Nella storia il significato è slittato spesso. In origine, faceva riferimento a sistemi “esperti”, muniti di meccanismi logici in grado di trarre inferenze e risolvere problemi. Non era l'unico approccio possibile. Ma le prime ricerche sulle reti neurali, sistemi in grado di apprendere e non dotati a priori di un sistema logico formale, ricevettero minore interesse, anche per le critiche ricevute. Ebbe un certo peso un libro di Marvin Minsky e Seymour Papert, intitolato *Perceptrons*, che spostò altrove anche i finanziamenti per la ricerca. In ambito sanitario, si sviluppò un gran-

de interesse intorno a una delle applicazioni dell'intelligenza artificiale e ai sistemi esperti, metodi in grado di supportare la decisione medica. Si trattava di sistemi capaci di imitare il comportamento dei medici, studiandolo attraverso questionari. Il più famoso di questi primi prodotti si chiamava Mycin. Ma in generale era difficile risolvere il problema della reticenza dei medici e del ragionamento implicito che soggiace alle decisioni che nemmeno il professionista sa esplicitare. Infine, si trattava di sistemi che molto spesso richiedevano una capacità di computazione intrattabile per i computer dell'epoca.

Oggi c'è un grande interesse per le reti neurali, cioè sistemi di nodi e connessioni che imitano i neuroni e le sinapsi e che sembrano in grado di apprendere anche operazioni complesse...

Dopo il “grande inverno” di fine anni Ottanta, i sistemi basati sull'apprendimento a partire dai dati tornano di attualità e ricominciano gli investimenti nello studio delle reti neurali. Sono sistemi che imparano a partire dai dati, e non sono dotati di regole per il ragionamento logico. La loro “primavera” arriva dopo il 2000, quando diventano disponibili strumenti informatici potenti come le graphics processing unit. Oggi con “intelligenza artificiale” si intende in genere questo tipo di macchine. Ma i problemi non cambiano molto. Perché – come sostenevano Minsky e Papert – anche le reti neurali moderne non garantiscono di ottenere un risultato sempre corretto. Quindi molte questioni nell'uso e nell'interpretazione dell'intelligenza artificiale permangono.

In quali settori della sanità oggi si utilizza l'intelligenza artificiale?

Nella diagnostica, ad esempio. Per le mammografie oggi esistono sistemi che si propongono di supportare il medico nella diagnosi. L'intelligenza artificiale oggi è in grado di individuare una retinopatia diabetica e di controllare lo stato di salute diabetico a partire dall'analisi della retina. Si



PER APPROFONDIRE

Intelligenza artificiale, machine learning, deep learning

Per intelligenza artificiale si intende qualsiasi tecnica che metta i computer nelle condizioni di simulare l'intelligenza umana, usando formule logiche, regole di consequenzialità, alberi decisionali, machine learning e deep learning. Il machine learning (in italiano "apprendimento automatico") è un sottoinsieme dell'intelligenza artificiale, comprende regole statistiche che abilitano le macchine a migliorare le capacità con l'esperienza. A sua volta il deep learning (in italiano "apprendimento profondo") è un sottoinsieme del machine learning composto da algoritmi che permettono al software di addestrarsi da solo per svolgere compiti, come il parlare, il riconoscimento automatico del discorso e delle immagini, la guida automatica, esponendo reti neurali multistrato a vaste quantità di dati. Sintetizzando, per apprendimento profondo si intende un insieme di tecniche basate su reti neurali artificiali organizzate in diversi strati, dove ogni strato calcola i valori per quello successivo affinché l'informazione venga elaborata in maniera sempre più completa. Nel 2018, l'azienda britannica DeepMind, il Moorfields Eye hospital e l'University college di Londra hanno lanciato un software che promette di riconoscere l'anatomia dell'occhio, diagnosticare una patologia e suggerire un trattamento terapeutico adeguato. Le immagini dell'occhio in alta definizione acquisite con una tomografia ottica a coerenza di fase vengono elaborate da un algoritmo che le confronta con la base di conoscenza clinica al fine di identificare la diagnosi e la soluzione terapeutica ottimale per il caso specifico.

Fonte: Wikipedia

usa anche in campo terapeutico. Negli Stati Uniti con l'intelligenza artificiale si controlla l'interazione tra i farmaci. Oppure, l'intelligenza può suggerire al medico la decisione terapeutica sulla base del quadro diagnostico. L'intelligenza artificiale è applicata anche allo *health management*: molti programmi di gestione della salute, soprattutto in ambito privato, usano algoritmi per stabilire le strategie migliori sulla base dei dati. E nell'amministrazione sanitaria: gli ospedali la usano per analizzare i protocolli e la loro efficacia.

Quali sono gli aspetti più problematici?

Gli attuali sistemi di intelligenza artificiale hanno bisogno di dati con cui essere allenati. Questo impone alcuni vincoli. Innanzitutto, il mondo deve essere tradotto nel sistema di codificazione e quantificazione richiesto dall'intelligenza artificiale. E non è sempre facile. A Toronto c'è un grande progetto finanziato da Google per realizzare una città smart adatta anche alle auto a guida autonoma a cominciare dal quartiere Quayside, con la creazione di un complesso sistema di sensori e telecamere, ma già ci sono molte critiche e una tendenza a ridimensionare il progetto per motivi di sostenibilità, tutela della privacy e complessità della gestione infrastrutturale. Poi c'è il problema della standardizzazione dei dati di ingresso. Facciamo l'esempio delle immagini di laboratorio clinico: mentre le persone hanno l'elasticità di riconoscere una lesione anche da un'immagine di qualità non perfetta, il sistema automatico potrebbe non aver questa flessibilità. Quindi, per funzionare il sistema ha bisogno di un controllo molto rigido a monte su come sono prodotti e processati i dati. Bisogna chiedersi a cosa serve la macchina, se richiede di rivoluzionare il sistema complessivo per adattarlo ai vincoli strutturali.

Inoltre, l'apprendimento è facile quando la macchina ha una chiara "funzione obiettivo". Ad esempio, se lo scopo è vincere una partita di scacchi. Ma in medicina questo non è sempre possibile, soprattutto nelle

Il mondo deve essere tradotto nel sistema di codificazione e quantificazione richiesto dall'intelligenza artificiale. E non è sempre facile

situazioni di incertezza. I medici si basano anche su ragionamenti probabilistici e sull'euristica. Le macchine possono emulare quei ragionamenti solo probabili, ma non sappiamo quali vincoli stanno scegliendo e perché.

Infine, il funzionamento di queste macchine è influenzato dai dati che ricevono nell'addestramento. Perché a ben vedere nessun sistema apprende "da solo": tutti hanno bisogno di ricevere dati su cui imparare. La scelta di questi dati di addestramento e dei criteri di apprendimento (*learning bias*) è decisiva per sapere cosa produrrà il processo di adeguamento.

Cioè, la stessa intelligenza può comportarsi in modo diverso a seconda dei dati sui cui è stata allenata?

Le intelligenze artificiali vengono allenate con grandi basi di dati. Per esempio, immagini di lesioni potenzialmente tumorali di cui si conosce anche la reale natura. E la macchina "impara" a distinguere quelle tumorali dalle altre. Ma addestrarsi a partire dai dati implica che la macchina assuma anche tutte le relazioni tra quei dati come virtuose e da replicare, anche se non sono esplicitamente poste. Possono essere correlazioni invisibili all'occhio umano ma che vengono comunque "apprese" dalla macchina, che non sa dare senso a quei dati, ma li assume come l'origine su cui basare ciò che sa.

Per esempio?

Le intelligenze artificiali usate nella ricerca di personale associano le professioni ai profili a partire dai "corpora" in cui l'algoritmo, sulla base della frequenza statistica, correla alcune variabili, per esempio genere e professione. Ovviamente, se nei dati di partenza certe professioni sono associate in principale modo al genere femminile, la macchina considererà più adatta una donna rispetto a un uomo per affidare loro quei ruoli. E così una caratteristica del passato diventa una regola di funzionamento per il futuro. Con il risultato di immobilizzare la costruzione del mondo.

PER APPROFONDIRE

La graphic processing unit al servizio dell'intelligenza artificiale

La graphic processing unit, "unità di elaborazione grafica", è una componente dell'hardware grafico programmata per elaborare l'insieme di dati digitali in arrivo e accelerare la loro decodifica in un segnale compatibile con monitor o proiettori. È composta da migliaia di unità che, in parallelo, eseguono simultaneamente più operazioni aumentando la potenza di calcolo per unità di tempo. Proprio per le elevate performance di calcolo, oggi le graphic processing unit trovano applicazione nell'elaborazione avanzata di big data e nei calcoli computazionali più complessi richiesti dagli algoritmi di intelligenza artificiale. Le principali soluzioni hardware per accelerare le reti neurali profonde del deep learning sono basate su architetture di processori ad elevato parallelismo, quali le graphics processing unit.

Bisogna chiedersi a cosa serve la macchina, se richiede di rivoluzionare il sistema complessivo per adattarlo ai vincoli strutturali

Succede anche in campo medico?

C'è la questione della pigmentazione della pelle. Se una macchina deve riconoscere le lesioni della pelle è importante che venga allenata su una base di dati in cui siano presenti anche pigmentazioni diverse da quella caucasica. Altrimenti, la macchina abituata a riconoscere le lesioni in un certo contesto di pelle potrebbe commettere errori nel riconoscimento delle stesse lesioni in condizioni non standard dal suo punto di vista. Questo potrebbe penalizzare la popolazione afroamericana che otterrà standard di cura inferiori. Anche gli algoritmi di *health management* possono essere discriminatori nei confronti di alcuni gruppi sociali, perché misurano il bisogno di cura con i costi sanitari supponendo che chi sta peggio comporta spese sanitarie più elevate. A parità di condizioni di salute, tuttavia, la popolazione afroamericana spende meno per la salute perché incontra più barriere all'accesso alla sanità. Se non si tiene conto di questo fattore sociale, inve-

ce, appare semplicemente più sana. E così i neri negli Stati Uniti ricevono meno cure dei bianchi. Ci sono studi che dimostrano che per accedere al sistema di prevenzione che prevede controlli sanitari periodici serrati, legato allo stato di salute complessa aggravata da molte comorbilità, i cittadini afroamericani e ispanici devono essere molto più malati degli altri. Ma il risultato di questa discriminazione si traduce inoltre in un costo maggiore per il sistema sanitario in complesso che sarà costretto a cure più impegnative quando le persone si rivolgono al sistema sanitario in condizioni ormai gravi. L'effetto implicito della discriminazione ha esiti antieconomici.

In questo modo la macchina riproduce i pregiudizi umani.

Quando si scelgono le categorie con cui si descrive il mondo, se ne governa l'interpretazione. Il sistema di intelligenza artificiale mette in funzione criteri scelti dal servizio sanitario. Ma quando lo fanno persone in carne e ossa, questi criteri diventano espliciti e possono essere oggetto di dibattito. Pensiamo a quello che si è scatenato quando la Società italiana degli anestesisti rianimatori ha messo nero su bianco le regole per decidere chi aveva diritto a un posto in terapia intensiva e chi no, durante l'emergenza covid-19. Se queste scelte le fa un codice informatico, i criteri si inabissano. Il problema si pone anche quando si tratta di effettuare l'audit interno di un ospedale con l'intelligenza artificiale: quali criteri adottare? Di nuovo, si rischia di perdere il controllo del meccanismo.

In ambito scientifico però si fa da sempre. Da quando Galileo e Newton hanno scelto di misurare accelerazioni, masse e forze e non altre grandezze.

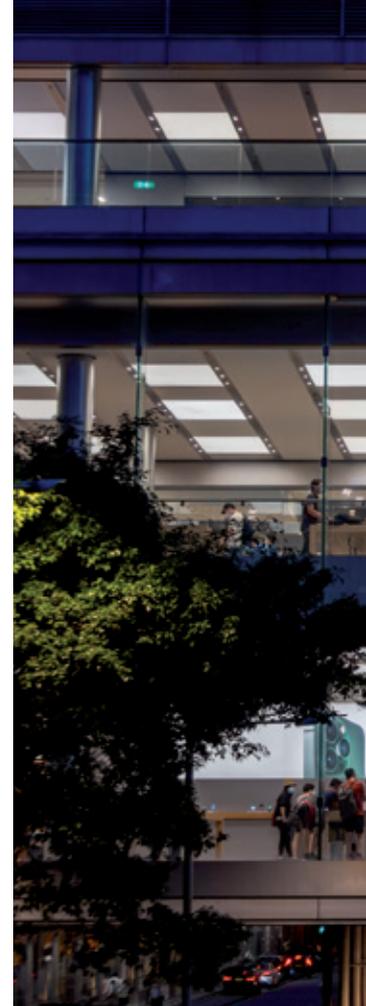
Certo, non dipende dall'intelligenza artificiale. E non c'è nulla di male nel decidere cosa sia rilevante e cosa no. Ci ha permesso di fare teorie e previsioni e intervenire sulla realtà. Però scienze come la

fisica hanno anche costruito dei meccanismi di controllo, come la riproducibilità degli esperimenti e il controllo tra pari. Con le scienze sociali questo è più difficile, perché la previsione stessa interviene sull'oggetto di ricerca, mentre gli atomi studiati dai fisici si comportano sempre nello stesso modo. Con l'intelligenza artificiale, tutti questi problemi finiscono sotto il tappeto. Diventa impossibile controllare come il dispositivo è arrivato a una certa conclusione e governarlo politicamente. Quindi rimane la quantificazione e l'appropriazione della realtà, ma spariscono i meccanismi di controllo. Applicare questo schema interpretativo alle persone è un rischio. Ma l'intelligenza artificiale non fa che riprodurre quello che la scienza occidentale ha già fatto. La macchina permette di superare l'angoscia della scelta. Possiamo anche deciderlo, ma deve essere una decisione collettiva politica e consapevole.

Chi governa l'intelligenza artificiale?

Chi ha la possibilità di raccogliere questi dati, l'infrastruttura per conservarli e l'expertise. Cioè le società dette big tech: Google, Amazon, Apple, Microsoft. E infatti tutte stanno facendo grandi investimenti nel settore della salute: si prevede un grande incremento della richiesta di siste-

La macchina permette di superare l'angoscia della scelta. Possiamo anche deciderlo, ma deve essere una decisione collettiva politica e consapevole





mi, con un grande giro d'affari. Pochi giorni fa, Amazon ha acquistato la società privata di cure primarie statunitense One Medical. Ma aveva già creato Amazon Care, la divisione dedicata alla salute. Raccogliere i dati sanitari sottolinea l'importanza delle regole sulla trasparenza, la privacy, la legittimità della raccolta, la possibilità di pseudoanonimizzarli.

Non esistono alternative pubbliche a questi colossi privati?

C'è qualche tentativo nel campo degli "open data". Ma il servizio sanitario pubblico non ha l'infrastruttura tecnica adatta e finisce per appoggiarsi ai giganti di big tech, da cui siamo completamente colonizzati. Le iniziative più forti sul settore della "sovranità dei dati" in questo momento provengono dai paesi del Sudamerica. Ma c'è un grosso problema di competenze disciplinari. Nel settore pubblico, forse sono disponibili in Cina, o in Russia. Ma le grandi università internazionali so-

no collegate a big tech. Raccogliere questi dati richiede infrastrutture industriali molto grandi e molte di queste aziende di intelligenza artificiale ormai puntano a diventare entità statali autonome e indipendenti.



Raccogliere i dati sanitari sottolinea l'importanza delle regole sulla trasparenza, la privacy, la legittimità della raccolta, la possibilità di pseudoanonimizzarli

Se si introduce l'intelligenza artificiale per risparmiare sul personale, i medici faranno la fine dei piloti degli aerei che sono sottopagati da quando il volo è completamente computerizzato

Quale sarà l'impatto dell'intelligenza artificiale sul lavoro dei medici?

Non è detto che le macchine sostituiscano i medici. Le apparecchiature per i raggi X hanno fatto nascere una nuova categoria di medici, i radiologi. Ma se si introduce l'intelligenza artificiale per risparmiare sul personale, i medici faranno la fine dei piloti degli aerei, che sono sottopagati da quando il volo è completamente computerizzato. E infatti anche in quel campo oggi ci si pone il problema di addestrarli per intervenire in casi di emergenza. È una scelta politica, non tecnica. Il confronto sull'accuratezza tra intelligenza artificiale e medico nelle diagnosi oncologiche di solito si fa con un solo professionista. In Italia servono due medici per una diagnosi oncologica: l'obiettivo è sostituirne uno con la macchina per risparmiare, o avere diagnosi più accurate? Sostituire lo psicoanalista con una app è possibile, ma è di nuovo una scelta politica. Significa costruire una sanità di serie A, nella quale ci si potrà permettere lo psicoanalista in carne e ossa, e una di serie B, per coloro che dovranno accontentarsi della app per alleviare la loro sofferenza psichica. An-

È necessario regolamentare i dispositivi e chiarire gli obiettivi che spingono i processi di automazione

che per la telemedicina si corre lo stesso rischio. Già oggi, in Giappone, si sperimentano i robot nella cura dei malati. Sono scelte che possono essere compiute. È necessario regolamentare i dispositivi e chiarire gli obiettivi che spingono i processi di automazione. Ma non inizia tutto con l'intelligenza artificiale, e il ruolo del medico è già cambiato.

Intende dire che non ne abbiamo più bisogno?

Come spiega Karl Marx nel *Frammento sulle macchine*, la macchina sostituisce il lavoratore solo dopo che la sua expertise di artigiano è stata resa irrilevante – e questo vale anche per la medicina. I telai meccanici non servivano a sostituire gli operai, ma a produrre più stoffa. Sta succedendo anche in medicina? Dobbiamo produrne di più? Sì, se vogliamo esportare il concetto occidentale di cura altrove, in questo caso ci serve l'automazione. Ma occorre sapere che questo è anche un processo di colonizzazione. La medicina oggi deve domandarsi quanto voglia essere automatizzata. Cioè, cosa fare con il tempo liberato dalle macchine? Oggi il ruolo del medico è quello della relazione con il paziente. Il medico media tra il suo sapere e la presenza del paziente sulla base del fatto che fanno parte della stessa umanità. Il medico è empatico perché sa che potrebbe essere lui il malato. Se questo sistema va in crisi, dipende da come viene governato il processo. Non è detto che i medici diminuiranno. Ma occorre chiedersi verso quale modello tendere. Dobbiamo decidere come società quale progetto di sanità, di cura e di benessere vogliamo perseguire. Si tratta di una questione disciplinare e politica insieme. ▲

Andrea Capocci | @andcapocci

Fisico, insegnante e giornalista, Andrea Capocci ha pubblicato i libri *Networkology* (Il Saggiatore, 2011) e *Il brevetto* (Ediesse, 2012). Scrive di argomenti scientifici per il quotidiano il manifesto.

Pandemia, dallo choc alla trasformazione

Ci sono settimane in cui accadono cambiamenti che, in altri momenti, richiederebbero millenni, scrive Maurizio Ferraris. Come è successo nei due anni passati, ma "il virus" deve trasformare in meglio le nostre vite.

“Il virus è diventato prima di tutto un Elzevirius, un’occasione di scrittura in residenza coatta”. Già nelle prime pagine del suo ultimo libro, *Post-coronial studies. Seicento sfumature di virus*, Maurizio Ferraris – docente di filosofia teoretica all’università di Torino – indica l’oggetto della propria riflessione: la produzione di letteratura sulla pandemia, un fenomeno di proporzioni talmente rilevanti da indurre uno dei più grandi editori europei – Gallimard – “a scongiurare l’umanità di smettere di scrivere e di incominciare a leggere”.

Ferraris non è stato dissuaso dalla grande casa editrice francese e c’è da giurare che anche questa volta si sia divertito (o quasi) ad addentrarsi nella documentazione (quelle seicento sfumature di articoli, libri, post, relazioni citate nel sottotitolo) disponibile online per cercare di classificare e in certo modo recensire gli atteggiamenti e i comportamenti coi quali abbiamo reagito alla crisi che ancora stiamo attraversando. Ferraris – uno studioso molto stimato, sempre originale nelle sue riflessioni e davvero capace di intrattenere il lettore – mette presto in chiaro due cose.

La prima è che pochi dei documenti pubblicati sono stati concepiti con la deliberata volontà di comunicare: questa iperproduzione di scritti è “semplicemente” frutto del nostro vivere. Ogni giorno produciamo documenti di ogni genere e la pandemia ha contribuito a metterli in evidenza, dalle registrazioni dei webinar ai verbali delle call, dalle lezioni scolastiche e universitarie svolte a distanza fino alle note che più o meno formalmente hanno documentato l’esperienza di qualcosa che – anche se fosse stato atteso – ci ha colti comunque di sorpresa. Esperienza che ha determinato uno choc e non (o non ancora) una “trasformazione”: anzi, è esitato in quello che Ferraris definisce “un solipsismo di massa” fatto di diari, memorie, confessioni dal lockdown, tutti strumenti della resilienza (parola chiave di questi anni) che hanno come obiettivo consapevole o meno il ritorno alla normalità. Resiliente, spiega Ferraris, è il metallo che è capace di tornare esattamente allo stato nel quale si trovava prima di una sollecitazione: non è questo che ci dovremmo augurare uscendo dall’emergenza sanitaria.

Una parte centrale del piccolo libro di Ferraris è riservata all’analisi di quelli che possiamo chiamare i modi di reagire alla crisi sanitaria: negando il problema, minimizzandone la portata, sostenendo che le questioni a cui pensare sarebbero “ben altre”, ipotizzando il complotto. I filosofi – osserva l’autore – sono stati tra i più capaci a difendere le posizioni più improbabili, del resto “solo un filosofo può chiedersi se l’albero che

ha di fronte a sé esista”. La pandemia sarebbe una roba talmente complicata da smettere di essere un fatto per diventare “un’interpretazione”: leggendo queste righe ci passano davanti le dichiarazioni paradossali di studiosi emeriti e un tempo rispettati così come le affermazioni di chi identificava la colpa dei migliaia di morti (e dei troppi aperitivi proibiti, precisava Ferraris nella conversazione con Antonella Viola al Circolo dei lettori di Torino) nei complotti concepiti e messi in atto dai “poteri forti globalizzati” o da non precisati circoli massoni o dalle banche internazionali.

Il vittimismo cerca molto spesso la responsabilità nella tecnica: scienziati pazzi, laboratori incapaci di impedire a virus letali di uscire dagli anfratti dove sono conservati... Una tecnologia che disumanizza e ci governa, dimenticando però che “quanto più una macchina è complessa, tanto più è dipendente dagli umani”. L’ironia di Ferraris torna protagonista quando scrive che “sentirsi i mandanti dei propri errori e delle proprie fissazioni non è un gran sentimento (...) ma è sempre meglio che imputarlo alla tecnica, ponendo la premessa di un complottismo in cui il *Gestell* o il Capitale o entrambi ci impongono di sterminare dapprima i dinosauri e poi qualunque altra forma di vita più moderna, compresa la nostra, in un funesto disegno di tirannia globale”. Serve dunque trasformare lo choc in esperienza utile che metta da parte ogni resilienza auspicando e provocando un cambiamento. In questo la tecnica non potrà che essere alleata e per un medico – se così fosse – sarebbe davvero un’ottima notizia.



I percorsi della cattiva informazione

La pandemia ci ha esposto a informazioni di ogni genere e uno sguardo alla realtà che abbiamo attraversato può aiutarci a capire che viviamo in una realtà in movimento, da interpretare giorno per giorno.

A livello globale, il numero di nuovi casi settimanali di covid-19 continua a diminuire dal picco di gennaio 2022. Durante la settimana che si è conclusa il 19 giugno 2022, sono stati segnalati all'Organizzazione mondiale della sanità oltre 3,3 milioni di casi, con una diminuzione del 4 per cento rispetto alla settimana precedente. Il numero di nuovi decessi settimanali è diminuito del 16 per cento sempre in confronto con la settimana precedente, con oltre 7500 decessi segnalati. Al 19 giugno 2022, i casi confermati dall'inizio della pandemia sono oltre 536 milioni con più di 6,3 milioni di decessi a livello globale. In Italia, come in altre nazioni, l'incidenza nella prima metà di giugno è leggermente risalita, con 222 casi su 100mila abitanti e l'Rt a 0,75. Il che ha suggerito al Ministero della salute di raccomandare ancora comportamenti prudenti, monitorando l'andamento della situazione negli altri Paesi europei, mentre per le persone anziane e per quelle fragili è stato raccomandato di completare il ciclo vaccinale con la quarta dose.

Guardare a quel che è successo

A distanza di due anni e mezzo dall'inizio di una crisi sanitaria senza precedenti nell'età contemporanea, è possibile prendersi una pausa e guardare con un minimo di distanza a quel che è successo, soprattutto agli aspetti da tutti giudicati più critici.

L'informazione, per esempio. Gli elementi da cui partire sono quasi infiniti, ma secondo un recente rapporto del Centre for countering digital hate 31 milioni di persone sono iscritte su Facebook a gruppi contrari ai vaccini e altri 17 milioni su YouTube. Nonostante i successi delle vaccinazioni nel mitigare l'infezione da coronavirus, la sfiducia e lo scetticismo nei confronti della scienza non conoscono battute di arresto. Perché, quali sono le ragioni?

Come prima cosa conviene ricordare sempre che il cosiddetto movimento no-vax è anche un'industria che vanta entrate annuali per almeno 36 milioni di dollari e che vale fino a 1,1 miliardi di dollari per le grandi aziende tecnologiche che traggono beneficio dai 62 milioni di follower sulle loro piattaforme. In altri termini, gli anti-vax sono anche un grande business, un affare che purtroppo costa vite umane.

Occorre però distinguere tra la disinformazione e la cattiva informazione ottenuta col raggirio, per quanto entrambe abbiano a che fare con notizie errate o false.

In secondo luogo, siamo nell'era dei social. E se da un lato Internet ha democratizzato l'accesso alle informazioni mediche (secondo stime attendibili, il 70 per cento degli adulti negli Stati Uniti utilizza informazioni sanitarie online, in particolare sui tumori e sulle terapie oncologiche), dall'altro l'uso pervasivo di Internet contribuisce costantemente anche alla disinformazione in ambito sanitario. Occorre però distinguere tra la disinformazione e la cattiva informazione ottenuta col raggirio, per quanto entrambe abbiano a che fare con notizie errate o false. La disinformazione sanitaria consiste nell'affermare quelle che, in base alle evidenze disponibili, possiamo definire "cose non vere", ma esiste anche una disinformazione frutto di uno sforzo coordinato o deliberato per far circolare consapevolmente informazioni errate al fine di ottenere potere o denaro. Purtroppo, i social media possono fungere da formidabili casse di risonanza per entrambi i tipi di disinformazione, e lo sappiamo da tempo.

Appellarsi ai numeri o ai principi generali?

Questa straordinaria mole di informazione – corretta e successivamente confermata, ritenuta corretta e poi smentita, ritenuta scorretta e rivelatasi fondata, percepita come falsa e confermata tale – è passata rapidamente in rassegna in un piccolo libro scritto in forma di dialogo tra una ragazza e un sessantenne: *Si vax*, di Tito Boeri e Antonio Spilimbergo. "Siamo in una situazione in continua evoluzione – hanno spiegato in una conversazione curata da L'Indice dei libri del mese e disponibile in video – in cui stiamo imparando e giorno per giorno ci sono dati di realtà che ci dicono fin d'ora, in modo incontrovertibile, che si corrono meno rischi vaccinandosi".

L'approccio pragmatico – che dovremmo aver imparato – è proprio questo: essere consapevoli della transitorietà delle conoscenze e avere fiducia nel progresso più o meno arretrante della ricerca, abbandonando certezze basate su pregiudizi o “visioni del mondo” precostituite. “Non è un caso – spiega Boeri – che ci siano molti filosofi che hanno il grande vantaggio di non guardare mai ai dati e quindi possono ragionare sulla base di principi generali. (...) L'atteggiamento di chi si appella ai principi generali e ai valori assoluti o anche ai principi costituzionali in questo momento non è di grande aiuto, per quanto possa avere il suo fascino, la sua attrattiva. Purtroppo dobbiamo essere estremamente concreti e tenere presenti i dati che sono rilevanti”.



Una soluzione possibile è dunque procedere con cautela affidandosi ai risultati della ricerca metodologicamente rigorosa e onesta. In qualche modo stupisce, quindi, che l'American society of clinical oncology (Asco), proprio all'indomani della chiusura del suo recente congresso annuale a Chicago, abbia voluto di nuovo proporre soluzioni semplici e questioni complesse. È la sensazione che dà la lettura di un'intervista all'ASCO Post di Kasisomayajula “Vish” Viswanath, professore di Health communication presso la Harvard T.H. Chan School of public health, personaggio influente nello specifico della comunicazione in oncologia. Viswanath fa riferimento, per quanto riguarda l'oncologia, ad un'analisi di 50 articoli tra i più popolari sui social media (Facebook, Reddit, Twitter o Pinterest) relativi ai quattro tumori più comuni (seno, prostata, colon-retto e polmone) pubblicati tra il gennaio 2018 e il

dicembre 2019. Ebbene, circa un terzo degli articoli conteneva informazioni errate e quasi il 77 per cento presentava informazioni dannose che avrebbero potuto causare ritardi nel trattamento, oppure indurre tossicità per le procedure raccomandate o interazioni avverse con gli attuali standard di cura. Il messaggio: dobbiamo continuare a porre la massima attenzione nel cercare sulle piattaforme social informazioni in ambito sanitario, sia che lo si faccia da laici o da pazienti, sia da professionisti della salute, interessati ad aiutare i pazienti a distinguere tra le informazioni credibili sul cancro e quelle errate o addirittura fuorvianti.

Cosa possiamo fare, si chiede Viswanath?

È la soluzione proposta a lasciare perplessi: la chiave starebbe nella credibilità di istituzioni come l'Asco stessa, o dell'American association for cancer research o del National cancer institute, il cui carisma dovrebbe essere la garanzia al pubblico di informazioni accurate e basate sulle evidenze. La verità sarebbe in qualche modo ristabilita se le organizzazioni professionali sanitarie più conosciute facessero fronte comune per contrastare la disinformazione online sviluppando e divulgando linee guida, ad esempio sugli screening per la prevenzione dei tumori o suggerendo altre raccomandazioni sugli standard di cura per altre malattie, sfruttando la loro autorevolezza.

Non è chiaro però il motivo per cui questi documenti istituzionali dovrebbero far breccia nella sfiducia radicata di chi non fa affidamento nella scienza. Lo stesso Viswanath fa notare che gli stessi utenti che tramite WhatsApp ricevono messaggi corretti sugli screening gratuiti cui sottoporsi in un determinato ospedale, ricevono anche messaggi che affermano che il tabacco non causa il cancro.

Bisogna forse sperare in un soprassalto di consapevolezza da parte dei grandi player tecnologici, affinché siano le stesse piattaforme social media a contribuire all'eliminazione della disinformazione, riducendola considerevolmente attraverso gli algoritmi di monitoraggio dei contenuti, in modo che le informazioni inesatte non abbiano più risalto sui loro siti. Non dipende da quale specifico social si adotta: tutti sono potenzialmente utili e tutti possono essere dannosi. In aprile, uno studio della West Virginia university e della George Washington university dimostra come una percentuale considerevole dei video che su TikTok offrono consigli su come gestire l'ipertensione non si basa su evidenze scientifiche. E in effetti uno dei motivi pare dare ragione a Viswanath, se è vero che la maggior parte dei video che parlano di salute su TikTok non è realizzata dalle istituzioni o da professionisti sanitari.

Individuare una via d'uscita non è semplice. Anche perché questi trenta mesi di pandemia hanno confermato che può anche accadere che una cattiva informazione giunga da professionisti sanitari. Serve cautela e capacità autocritica. Scriveva un grande psicoanalista, Donald Winnicott: “Il modo più facile che ha l'individuo per vedere i propri aspetti spiacevoli è quello di vederli negli altri. Il modo più difficile è quello di vedere che tutta l'avidità, l'aggressione e la falsità esistenti nel mondo potrebbero essere connesse con la propria responsabilità, anche se in effetti non lo sono”.



Big data

Nel contesto commerciale con questa espressione si rimanda al cosiddetto principio delle “tre V”. Parlare di big data, tuttavia, significa anche confrontarsi sui temi etici.

L'espressione big data si deve ai programmi di ricerca scientifica, soprattutto a quello della sequenzializzazione del genoma umano, che nei primi anni di questo secolo hanno dovuto misurarsi con enormi incrementi di dati rispetto al passato. Infatti, si era giunti in quegli anni alla conclusione che il volume delle informazioni fosse cresciuto in maniera tale da non poter essere più trattato dalle memorie dei sistemi informatici allora disponibili, per cui i tecnici avrebbero dovuto adoperarsi per superare questo limite fisico, ma di fatto anche logico, antepoendo la soluzione di questo problema a tutti gli altri allora presenti nel panorama informatico.

Big data è un termine che ha una recente istituzionalizzazione nel settore dell'Information and communications technology (Ict), anche se questo genere di metodologia di gestione e analisi dei dati ha un'origine meno attuale. La data più importante per la definitiva affermazione dei big data come nuova realtà emergente nel panorama tecnologico è quella del maggio 2013, grazie alla comparsa e al diffondersi sul mercato dell'Ict di nuove aziende il cui core business era quello della raccolta, gestione e analisi dei dati; infatti, operando su quantità di dati di enormi dimensioni con metodologie fino ad allora inedite, si era in grado di giungere a previsioni molto affidabili se non a conclusioni

addirittura controintuitive rispetto ai metodi allora ritenuti tradizionali per l'analisi dei dati. Ciò si rivelò rivoluzionario in settori quali il marketing strategico, le analisi di mercato, la produzione e la ricerca. Iniziarono a moltiplicarsi gli eventi accademici e commerciali, nazionali e internazionali, dedicati alle tematiche relative ai nuovi modelli di data analytics, allo sviluppo di tecnologie e alla diffusione delle nuove infrastrutture e piattaforme tecnologiche che i big data avevano generato.

Come per tutte le tecnologie in via di sviluppo e di consolidamento non esiste ancora un modo completamente condiviso per descrivere con puntualità cosa si intenda quando si parla di big data. Nel contesto commerciale con questa espressione si rimanda al cosiddetto principio delle “tre V”, ossia i big data sono un segmento del mondo Ict che si occupa di raccolta, gestione e analisi dei dati che hanno elevate caratteristiche di volume, varietà e velocità.

Volume: la quantità di dati oggetto di raccolta e gestione possiede delle dimensioni tali per cui sono necessarie specifiche apparecchiature e strutture hardware; le unità che esprimono tali dimensioni passano immediatamente dai gigabyte (10⁹ byte) e terabyte (10¹² byte) ai petabyte (10¹⁵ byte) e yottabyte (10²⁴ byte).

Varietà: i dati sono disponibili in forme organizzate e strutturate e in forme non omogenee e non strutturate; ciò rappresenta un fatto inedito e di notevole ostacolo per le tradizionali tecniche di gestione dei database.

Velocità: questo aspetto si applica a due fasi distinte, se pur complementari, legate al trattamento dei dati, quella della loro raccolta e quella della loro analisi.

Successivamente, alle tre V se ne è aggiunta una quarta, la veridicità: con essa ci si riferisce all'affidabilità dei dati raccolti e al loro veritiero utilizzo per supportare processi decisionali in maniera proficua. Si tratta di una definizione tecnologica che descrive il campo di applicazione dei big data.

È facile intuire come questa nuova disciplina nel trattamento dei dati si collochi trasversalmente a tutti i settori della ricerca, sia scientifica che sociale. Gli studiosi e i ricercatori di diversa estrazione che si occupano di questo fenomeno o col quale si trovano a interagire ritengono che ciò che rende molto interessanti i big data sono le importanti potenzialità che questa nuova tecnologia garantisce. Infatti, alcune proprietà e caratteristiche li rendono uno strumento molto potente, non soltanto nel campo della ricerca delle discipline scientifiche tutte, ma anche in quello delle discipline umanistiche a cui forniscono un contributo non secondario. E grazie alla repentina crescita delle capacità di trattare enormi quantità di informazioni, rese disponibili dal progredire delle tecnologie digitali (soprattutto quella denominata intelligenza artificiale, tramite le sue componenti operative, il machine learning e il deep learning), che l'ecosistema dei big data diviene in breve tempo la nuova e fondamentale parte di un inedito e potente approccio all'economia, alla scienza, alla produzione, alla ricerca medica e farmaceutica, alle scienze sociali e politiche e alle relazioni interpersonali, consentendo alla raccolta e all'analisi dei dati di trasformarsi in strumenti di cambiamento sociale e progresso scientifico.

Parlare di big data, tuttavia, significa anche confrontarsi sui temi etici che il trattamento di questi dati pone, e sulla ricerca del possibile equilibrio – in sede di autoregolamentazione e di normativa italiana ed europea, ma anche attraverso comportamenti virtuosi degli operatori dell'informazione – tra le estese possibilità della rete, il diritto di informare e di essere informati e la tutela dei singoli utenti in termini di privacy. Quest'ultima va intesa non solo come rispetto dei propri confini personali, ma soprattutto come costante vigilanza sui possibili abusi (tramite i nuovi e potenti strumenti digitali), in termini di manipolazione e distorsione delle informazioni e dell'interpretazione dei dati, attraverso l'orientamento pilotato o viziato delle opinioni dei cittadini, con mezzi che ne inducano un comportamento da meri consumatori.

Fiorello Casi

*Ricercatore in Etica delle nuove tecnologie
Università degli studi di Torino*



Obiezione di coscienza

L'obiezione di coscienza in medicina è giuridicamente riconosciuta. Ma è opportuno discutere la legittimità di tale scelta morale o delle leggi che condonano tali comportamenti.

L'obiezione di coscienza e il rifiuto di obbedire a una legge che impone dei comportamenti ritenuti immorali o ingiusti da chi obietta: e quindi l'espressione di un conflitto fra norma giuridica e imperativo morale. L'origine di questo fenomeno è fatta tradizionalmente risalire ad Antigone, eroina dell'omonima tragedia sofoclea, che si rifiutò di rispettare la legge del tiranno della città Creonte, che proibiva di dare degna sepoltura a Polinice, il fratello di Antigone sconfitto in battaglia. L'espressione "obiezione di coscienza", invece, nasce nel contesto cristiano e deriva dal latino *ob-jactar*, termine con cui gli scrittori del IV secolo indicavano il rifiuto dei credenti di venerare l'imperatore romano anche a costo di incorrere nelle note persecuzioni.

L'obiezione di coscienza giuridicamente riconosciuta, cioè l'obiezione *secundum legem*, si sostanzia in un diritto all'inosservanza di doveri giuridicamente configurati, cioè in un diritto legalmente codificato alla disobbedienza. L'obiezione di coscienza in ambito medico, come ad esempio quella dei medici all'aborto o all'eutanasia nei Paesi ove queste pratiche sono legali, è un'obiezione *secundum legem*.

Anche se le leggi internazionali tutelano quasi ovunque in modo più o meno ampio il diritto all'obiezione di coscienza, questo non significa che, da una prospettiva morale, non sia opportuno discutere la legittimità di tale scelta morale, o la legittimità delle leggi che condonano tali comportamenti.

La letteratura bioetica sull'argomento propone tre possibili approcci al problema, distinguendo tra:

1. un diritto assoluto all'obiezione di coscienza;
2. un diritto moderato all'obiezione di coscienza;
3. la negazione di un diritto all'obiezione di coscienza.

I sostenitori di un diritto assoluto all'obiezione di coscienza ritengono che un medico abbia il diritto di tutelare sempre e comunque la propria integrità morale, a prescindere dalle conseguenze che possono scaturire da questa scelta. I sostenitori di un diritto moderato all'obiezione di coscienza ritengono che ci sia un diritto *prima facie* a obiettare che debba però essere commisurato con altri diritti, come quello alla salute del paziente. Infine ci sono gli autori che negano il diritto all'obiezione di coscienza in qualsiasi caso e contesto.

L'approccio moderato all'obiezione e quello più comunemente condiviso dai bioeticisti che si sono occupati di questo argomento, ed è anche quello più comunemente rispecchiato dalle clausole di coscienza.

Gli obiettori di coscienza possono rifiutarsi di:

- ▼ informare un paziente riguardo alle terapie disponibili;
- ▼ trasferire un paziente presso un collega non obiettore;
- ▼ compiere in prima persona una determinata attività (prescrizione di un farmaco, esecuzione dell'aborto, ecc.).

L'approccio moderato all'obiezione e quello più comunemente condiviso dai bioeticisti che si sono occupati di questo argomento, ed è anche quello più comunemente rispecchiato dalle clausole di coscienza. Il vantaggio di questo approccio è dato dal fatto che si crea un equilibrio fra il diritto del paziente di ottenere il trattamento richiesto e quello del medico a non subire una violazione della propria integrità morale. In pratica, tale soluzione funziona bene quando il numero di obiettori è contenuto e i pazienti possono essere rinviati presso un medico non obiettore in modo rapido ed efficiente. In un contesto (come quello italiano, ad esempio) in cui il numero di obiettori supera quello dei non obiettori, invece, il rinvio può essere lento e causare inefficienze nel servizio sanitario, insieme a un sovraccarico di lavoro per i medici non obiettori.

Un altro problema relativo all'approccio moderato è dato dal fatto che per alcuni medici il fatto di informare un paziente o rinviarlo presso un altro collega costituisce atto immorale che li qualifica come complici del male che il paziente vuole compiere. Visto che l'approccio moderato impone sempre il dovere di informare e rinviare il paziente a un collega non obiettore, alcuni medici ritengono che tale soluzione imponga comunque una violazione della loro integrità morale, in quanto li costringe a essere complici di un comportamento non condiviso, come accade, ad esempio, con l'aborto.

Francesca Minerva

Ricercatrice presso il Dipartimento di filosofia dell'Università degli studi di Milano La Statale

Questi testi del lessico sono tratti dal libro *Le parole della bioetica* a cura di Maria Teresa Busca e Elena Nave (Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2021). Per gentile concessione dell'editore.



La lettura continua su **ilpunto.it**

ARTICOLI, COMMENTI E INTERVISTE

ETICA E DEONTOLOGIA

C'è etica ed etica

Una lettura di Giorgio Bert

Guardare il mondo con gli occhi degli altri

Heidi Maibom

Per una buona morte

Intervista a Benedetto Saraceno 

PROFESSIONE

Specialisti o generalisti: chi nasce prima?

Carlo Saitto

Saper dialogare con il paziente

Intervista a Silvana Quadri 

RICERCA

Fa la cosa giusta

Antonio Panti

SOCIETÀ E POLITICA

I medici devono occuparsi anche della salute dell'ambiente

Roberto Romizi

Quella sociale è la cenerentola delle economie

Intervista a Nerina Dirindin 

Pochi posti letto? Se li assicurano i più ricchi

Carlo Saitto

RUBRICHE

LESSICO DI BIOETICA

Aborto – Maurizio Mori

Beneficenza, principio di – Elena Nave

Caregiver – Elena Nave

Ectogenesi – Carlo Bulletti

Etica ambientale – Matteo Cresti

Laicità – Maria Teresa Busca

Natura – Maria Teresa Busca

Paziente – Marco Bo

Paziente, centralità del – Massimo Sartori

Prioritizzazione – Massimo Sartori

Relazione paziente-medico – Carlo Flamigni

Trasparenza – Eliana Ferroni

LEGGERE I NUMERI

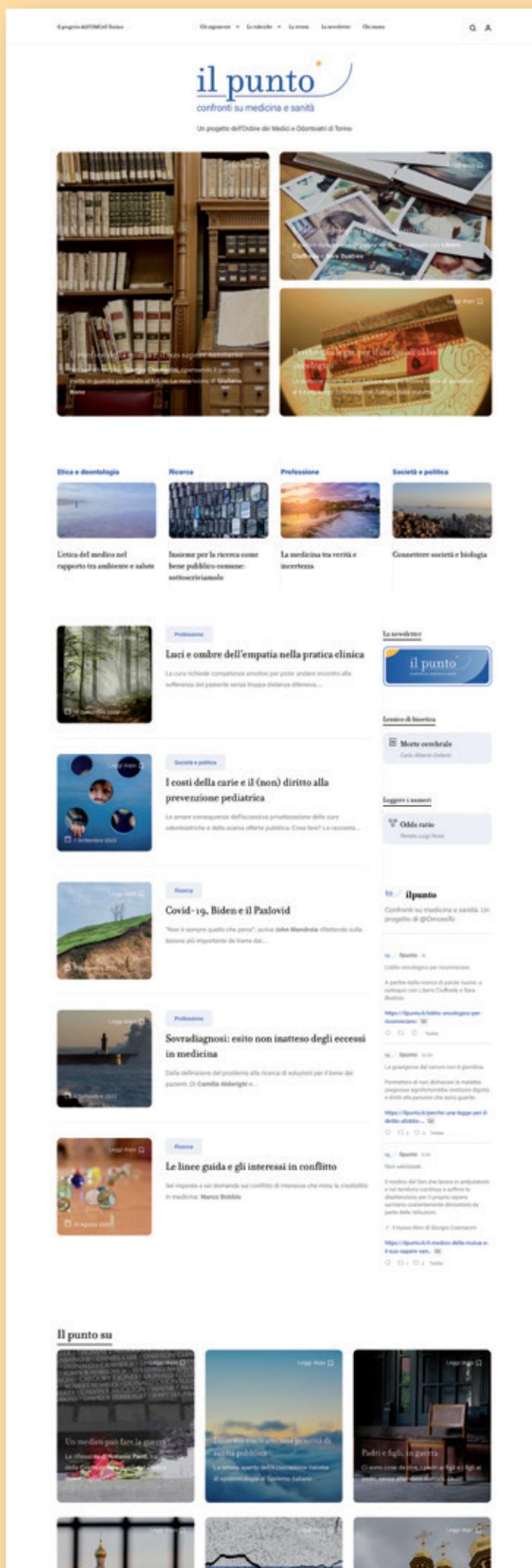
A cura Renato Luigi Rossi

Pazienti persi durante il follow up

Le misure di efficacia: rischio assoluto e NNT

Le misure di efficacia: rischio relativo

Significatività statistica



il punto

confronti su medicina e sanità



20

« Non c'è spazio per giudicare o per fare ostruzionismo nella relazione tra medici e pazienti. »

Jill Kalman, Stacey E. Rosen



23

« Contrastare il conflitto di interessi significa mostrare un comportamento attento all'equità, cioè alla giustizia all'interno della comunità dei pazienti. »

Antonio Panti



40

« Non mancano esempi di completo disaccoppiamento tra risultati della ricerca e decisioni politiche. »

Liliana Cori e Fabrizio Bianchi



54

« La macchina permette di superare l'angoscia della scelta. Possiamo anche deciderlo, ma deve essere una decisione politica e consapevole. »

Teresa Numerico



www.ilpunto.it

Il progetto culturale dell'OMCeO di Torino

Sfoggia la rivista digitale