

La vulnerabilità del rapporto medico-paziente nell'era delle tecnologie emergenti

Paola B. Helzel

Università della Calabria

Abstract: The vulnerability of the doctor-patient relationship in the era of emerging technologies.

The Third Millennium was affected by the shock wave of the issues that broke out in it, in fact there are not a few gray areas and difficulties, especially from an ethical point of view, which have arisen. Issues – largely inherited from the previous century – linked to the acceleration that bio-technical development has had in the latter decades. In fact, due to the pandemic outbreak, healthcare personnel found themselves faced with the urgency of having to redesign the criteria and methods of their intervention, significantly aggravating the already precarious relationship with the patient. The use, sometimes ‘mandatory’, of remote care models, better known by the term ‘telemedicine’, have called into question the categories of health and disease and, consequently, the ‘delicate’ relationship that binds doctor-patient. The forced ‘distancing’ to which the pandemic has forced us has interrupted – once again – the dialogue between doctor and patient, and the disease – In this case Covid 19 – is placed at the center of the field of vision of medicine, while the patient/man has become an invisible ‘being’.

Keywords: Doctor-patient relationship, Emerging technologies.

Sommario: 1. Introduzione. – 2. Le ‘nuove’ frontiere’ delle tecnologie emergenti: la telemedicina. – 3. La ‘vulnerabilità’ del rapporto medico-paziente.

1. Introduzione

L'epoca attuale vive – forse mai come oggi – a livello globale, continui cambiamenti di natura socio-culturale, economico-politica, oltre ad un'importante rivoluzione scientifica e tecnologica senza precedenti per complessità, velocità e innovazione¹. Infatti, lo sviluppo di tecniche sempre più complesse, di elaborazione di dati e di algoritmi sono alla base di quell'importante ‘mutamento’ che ha stravolto tanto i modi di vivere, quanto quelli di pensare. Mutamento, che – come

¹ Per un maggior approfondimento s.v., A.C. Amato Mangiameli, “Algoritmi e big data. Dalla carta alla robotica”, in *Rivista di Filosofia del diritto*, 8 (2019), n. 1, pp. 107-124, in part. p. 108.

già diverso tempo prima lucidamente sottolineato da Jonas – ha significato la “rottura con il passato”, un rovesciamento “dell’ordine prestabilito delle cose, che addirittura sostituisce qualsiasi ordine stabilito con la condizione del mutamento stesso”², determinando, altresì, uno sconvolgimento della vita dell’uomo. Ed è la violenza di tale mutamento ad assumere i caratteri di una vera e propria rivoluzione, in quanto ha implicato “un mutamento globale degli affari umani, radicale, di ampia portata”³. Ciò si è avuto in seguito al continuo progredire delle scoperte scientifico-tecnologiche che hanno determinato una sorta di polarità/dualità in cui l’essere umano è “sospeso nella possibilità in tutto e per tutto”⁴. Questo si è tradotto nella rappresentazione di una “società scientificizzata”, ovverosia, di una società in cui tutti i fenomeni sociali, politici ed economici sono “strutturalmente gravidi di scientificità”⁵. Un tale rivoluzionario mutamento ha fatto sì che, nel corso del tempo, la scienza e la tecnica – sua fedele alleata – si siano trasformate in un terribile ‘strumento’ in grado di piegare e modellare la natura umana, assoggettandola ai desideri dell’uomo⁶. La tecnica, infatti – al pari di un Giano bifronte – per un verso ha il potere di far apparire i suoi effetti meravigliosi, mentre dall’altro, terrorizza, mostrando come di fatto i suoi effetti possano essere ancora difficilmente gestibili per il genere umano. Quella polarità/dualità – a cui si faceva riferimento in precedenza – in cui l’essere umano oscilla è divenuta la cifra dello squilibrio esistenziale in cui la natura umana versa; una sorta di ambivalenza, un alternarsi tra la sensazione di una quasi onnipotenza per un verso, ed un’evidente limitatezza della conoscenza dello stesso potere e degli effetti a medio e lungo termine del suo uso, per l’altro⁷. Sembrerebbe che la tecnica sia divenuta una specie di “formidabile scorciatoia” in grado di accorciare notevolmente “l’intervallo temporale”⁸ tra il desiderio e la sua realizzazione. Ma, questo “bruciare le tappe” che tanto affascina e seduce ha il suo lato negativo, il suo volto oscuro, vale a dire il rischio che possa innescarsi un processo ingovernabile tale da provocare il caos⁹. Il problema di fondo è che la tecnica ha dimostrato come sia possibile manipolare la vita umana, con l’aggravante che mentre un tempo essa rappresentava una mera capacità strumentale richiesta per la realizzazione di un progetto il cui obiettivo era, comunque, dato dalla conoscenza derivata della scienza, oggi – da qui il possibile

² H. Jonas, *Dalla fede antica all’uomo tecnologico*, trad. it., Il Mulino, Bologna, 1991, p. 96.

³ *Ivi*, p. 97.

⁴ H. JONAS, *Organismo e libertà*, trad. it., Einaudi, Torino, 1999, p. 11.

⁵ *Ivi*, p. 12; sempre in merito s.v., R. Rocco, *Dalla responsabilità alla complessità. L’etica del futuro nell’età della tecnica*, Capone Editore, Lecce, 2002.

⁶ Cfr. F. Borgia, *L’uomo senza immagine*, Mimesis, Milano, 2006, p. 129.

⁷ Cfr. F. Viola, “Le trasformazioni della responsabilità”, in *Studi cattolici*, 388 (1993), p. 341.

⁸ F. Ciaramelli, “Incremento della tecnica e proliferazione dei desideri”, in Aa.Vv., *Nuove frontiere del diritto*, Edizioni Dedalo, Bari, 2001, p. 82.

⁹ Cfr. G. Lissa, “Presentazione”, in A. Del Giudice (a cura di), *Hans Jonas: la bioetica come problema della storia della filosofia*, Giannini Editore, Napoli, 2007, p. 14.

caos – la tecnica si è sostituita alla scienza¹⁰. È nata la tecnoscienza, ovvero, quella disciplina il cui imperativo tecnologico impone che “si deve fare tutto ciò che è tecnicamente possibile fare” e dunque “ricercare le possibili applicazioni pratiche delle conoscenze acquisite per trasformare il mondo”¹¹. L’ambivalenza della tecnoscienza rivela il suo lato oscuro nel momento in cui, da strumento che poteva essere liberamente scelto o rifiutato, si è trasformata in una vera necessità, una forma di dipendenza, che è poi il potere reale che esercita nei confronti del genere umano. Un potere a cui – almeno per un certo tempo – l’intera umanità è sembrata docilmente assoggettarsi nell’illusione di poter svincolarsi da quello stato di inferiorità, da sempre nutrito nei confronti della natura, affermando così la propria supremazia¹². Quello stesso potere che l’uomo – assecondando l’antico sogno di riuscire a rimodellare la natura secondo i propri piani e progetti – pensa di poter rivolgere, ora, verso sé stesso. Invero, la tecnologica ha reso l’essere umano oggetto passivo su cui agisce piuttosto che soggetto attivo nel condizionamento delle cose, determinandone così lo sfruttamento, specialmente con l’utilizzo delle tecnologie sanitarie¹³.

Tutto ciò, soprattutto in campo biomedico, si traduce nell’asservimento della vita umana ai poteri forti, siano essi di natura economica o politica. Una nebbia fitta sembra, allora, avvolgere il futuro del genere umano, ed il fallimento del delirio di onnipotenza e della capacità di controllo della salute e della stessa vita¹⁴ si sta drammaticamente palesando in tutta la sua portata. Ciò significa che il genere umano sta correndo un grosso rischio che “si identifica con la contingenza, che si manifesta come indeterminazione e imprevedibilità”¹⁵. In realtà, le nuove tecnologie emergenti hanno ‘frantumato’ i tradizionali confini “tra biologia e tecnologia, tra naturale e artificiale, tra terapia e potenziamento, tra reale e digitale/virtuale”¹⁶.

La domanda che a questo punto sorge è se la tecnoscienza abbia rappresentato realmente un sogno o se piuttosto non sia stato un incubo, da cui solo ora l’uomo inizia a destarsi, comprendendo l’inganno di cui è stato vittima e nello stesso tempo artefice. L’entusiasmo e l’esaltazione acritica della tecnologia hanno – almeno sino ad ora – oscurato l’incubo dispotico che in realtà si cela e la paradisiaca strada

¹⁰ Cfr. U. Veronesi, *Una carezza per guarire. La nuova medicina tra scienza e coscienza*, Feltrinelli, Milano, 2004, p. 63.

¹¹ M. Mori, *Manuale di bioetica*, Le Lettere, Firenze, 2010, p. 111.

¹² Cfr. P.B. Helzel, “La filosofia della medicina”, in M. Rizzo (a cura di), *La mia vita è bella perché so di essere amato*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2015, p. 28.

¹³ Cfr. A.G. Spagnolo, V. Daloso, “Oltre il visibile. Le nanotecnologie e la nanomedicina: definizioni e problematiche bioetiche”, in *Medicina e Morale*, 69 (2008), n. 3, pp. 537-550.

¹⁴ Cfr. A. Miceli, “La telemedicina, nuova frontiera”, in A. Miceli (a cura di), *Dalla pandemia da Covid-19 una sfida per un mondo più a misura di persona*, Dida, Formello, 2020, p. 29.

¹⁵ L. Palazzani, *Dalla bio-etica alla tecno-etica: nuove sfide al diritto*, Giappichelli, Torino, 2017, p. 49.

¹⁶ L. D’Avack, “La rivoluzione tecnologica e la nuova era digitale: problemi etici”, in U. Ruffolo (a cura di), *Intelligenza artificiale. Il diritto, i diritti, l’etica*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 19.

tracciata dalla tecnologia inizia a condurre verso scenari inquietanti che – a dire il vero – filosofi e scienziati avevano già da tempo prefigurato¹⁷. Paura e speranza rappresentano, in questo momento, i due stati d'animo alternanti e allo stesso tempo inquietanti nel genere umano, tanto che quest'ultimo ha iniziato ad interrogarsi sulla “progressiva e massiccia trasformazione della società, la cui prima e pericolosa conseguenza sembra essere proprio una ridefinizione dell'umano”¹⁸. Si è squarciato il “velo di Maya” “dell'inganno, che ricopre gli occhi dei mortali e fa loro vedere un mondo, di cui non si può dire né che sia né che non sia”¹⁹, quel velo che, sino ad ora ha coperto la verità, impedendo, così, di vedere la direzione intrapresa dalla tecnologia che ha sempre più reso l'essenza dell'uomo e della natura “talmente simili al prodotto di una simulazione da essere indistinguibili da essa”²⁰. Inizia ad apparire chiaro che la minaccia alla specie umana non proviene dall'esterno, da un'altra specie, bensì ha “assunto la forma di una competizione tra l'uomo e le sue tecniche”²¹. Ed allora, i nuovi scenari che si stanno palesando con le tecniche emergenti impongono, necessariamente, che l'essere umano si ponga la domanda sui suoi limiti, ed una volta acquisita una tale consapevolezza, cosa fare? Quali soluzioni adottare? È possibile e soprattutto utile tornare indietro e rinunciare alla tecnica?

Non è di alcuna utilità demonizzare la tecnica, né tanto meno attribuirle colpe che non possiede, men che meno rappresentarla come un male in sé, quanto piuttosto è compito dell'essere umano assumersi le proprie responsabilità comprendendo, una volta per tutte, che se continua a percorrere – come ha fatto sino ad ora – la strada lastricata dall'imperativo tecnologico finirà con lo smarrire il vero *telos* del suo agire²². A ben pensare, la tecnologia ha sempre avuto un ruolo importante nell'esistenza dell'uomo, accompagnandolo nel suo sviluppo a partire dall'*homo sapiens* in poi²³. Un rapporto, quello che nel corso del tempo si è instaurato tra l'uomo e la tecnica, di natura simbiotica da cui entrambi hanno ottenuto enormi vantaggi e potrebbero continuare ad averli anche in futuro. È risaputo che, sin dagli albori della sua storia sulla Terra, l'uomo – in quanto essere carente, privo di una forma data una volta per tutte e soprattutto manchevole, rispetto agli animali, di specializzazioni, – si è rivolto alla *technē* perché lo aiutasse a sopravvivere in un ambiente naturale per lui ostile. Questo perché a differenza

¹⁷ Cfr. E. Perucchiotti, *Cyberuomo. Dall'intelligenza artificiale all'ibrido uomo-macchina*, Arianna editrice, Bologna, 2019, p. 19.

¹⁸ D. Pagliacci, “Per una introduzione alla disumanità dell'umano”, in D. Pagliacci (a cura di), *Umano, disumano, postumano*, Aracne, Roma, 2017, p. 10.

¹⁹ A. Schopenhauer, *Il mondo come volontà e rappresentazione*, vol. I, trad. it., Laterza, Roma-Bari, 1989, p. 35.

²⁰ M. Pizzuti, *Evoluzione non autorizzata: dall'uomo 2.0 alla matrice universale della coscienza*, Il punto d'incontro, Vicenza, 2017.

²¹ P. Benanti, *Postumano, troppo postumano*, Lit Edizioni, Roma, 2017, p. 8.

²² Cfr., G. Anders, *L'uomo è antiquato. Sulla distruzione della vita nell'epoca della terza rivoluzione industriale*, vol. II, trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 2007, p. 11.

²³ Cfr., G.O. Longo, *Il Simbionte. Prove di umanità futura*, Mimesis, Roma, 2004, p. 57.

degli animali manca dell'istinto e, quindi, “può sopravvivere solo se diventa ‘immediatamente tecnico’”²⁴. Di fatto, la tecnica, ha liberato la vita dell'essere umano, “da antiche schiavitù, quelle dello spazio e del tempo”²⁵. E ciò è la risposta del perché la tecnica sia “cosciente, volontaria, variabile, personale, inventiva”²⁶ nella vita dell'essere umano.

È pur vero che – da qui il reale problema – tale rapporto è sbilanciato, nel senso che alla sproporzionata velocità di sviluppo tecnologico non corrisponde la stessa capacità di adattamento dell'uomo. In realtà, l'uomo – da qui il reale dramma – vive un continuo ‘arrancare’ dietro alle sue stesse produzioni, limitato com'è nella conoscenza del potere che gestisce e dei reali effetti del suo uso²⁷. I vari processi di cambiamento, per quanto hanno dato un notevole impulso alla conoscenza ed al sapere, hanno, altresì, generato “un uso improprio della stessa tecnologia e comunque pongono quesiti che l'uomo non si era mai posto”²⁸. Lo scenario che si profila, da un lato evidenzia l'emergenza di nuovi problemi, mentre dall'altro pone l'esigenza di trovare una soluzione in grado di risolvere i contrasti configurabili con la rapidità e dinamicità delle scoperte tecnico-scientifiche. Motivo per cui è necessario ri-pensare il rapporto uomo/tecnica, riportandolo nel giusto equilibrio, a “misura d'uomo”, in cui la tecnica ritorna al suo antico ruolo di strumento al servizio dell'uomo e quest'ultimo assurga, nuovamente, a valore e non più a mezzo.

2. Le ‘nuove’ frontiere’ delle tecnologie emergenti: la telemedicina

La nuova ondata del progresso tecnologico con l'accelerazione dello sviluppo e dell'innovazione digitale “sta aprendo inedite opportunità all'uomo ed alla società”²⁹. Infatti, tali cambiamenti interessano, trasversalmente, tanto l'ambito di natura tecnologica-organizzativa, che culturale e sociale, migliorando, al contempo, la vita di tutti i giorni. Si tratta, in altri termini, di una trasformazione digitale, ovvero, una continua evoluzione non solo nelle tecnologie stesse, per quanto anche nelle applicazioni, nei modelli di business e nei modelli di organizzazione delle imprese e del lavoro. È una rivoluzione il cui impatto – considerevole sotto tutti i punti di vista – ha pervaso ogni aspetto della quotidianità. La stessa virtualizzazione e digitalizzazione

²⁴ U. Galimberti, *I miti del nostro tempo*, Feltrinelli, Milano, 2009, p. 11.

²⁵ S. Rodotà, “Persona, libertà, tecnologia. Note per una discussione”, in *Diritto e questioni pubbliche*, 20 (2005), n. 5, p. 25.

²⁶ O. Spengler, *L'uomo e la tecnica*, trad. it., Nino Aragno editore, Torino, 2016, p. 52.

²⁷ Cfr. F. Viola, *Le trasformazioni della responsabilità*, cit., p. 341.

²⁸ P. Colianni, “Umanesimo e innovazione tecnologica. Dalla corsia ospedaliera virtuale alla TV sociale”, in *Innovazione e-Salute*, 2020, n. 0, p. 23. Si pensi – osserva A.C. Amato Mangiameli – “alle applicazioni dei dispositivi mobili, hanno il compito importante di semplificare la vita delle persone, come pure di renderla interessante e divertente” (A.C. Amato Mangiameli, M.N. Campagnoli, *Strategie digitali. #diritto_ educazione_ tecnologia*, Giappichelli, Torino, 2020, p. 76).

²⁹ L. Palazzani, *Tecnologie dell'informazione e intelligenza artificiale*, Studium, Roma, 2020, p. 7.

della comunicazione hanno portato alla velocizzazione dell'interazione umana [...]; le relazioni faccia-a-faccia nella condivisione di interessi e di responsabilità sono sostituite da relazioni virtuali a distanza e spesso superficiali, episodiche, fungibili³⁰.

Di fatto, lo sviluppo tecnologico degli ultimi decenni ha rivoluzionato – come si diceva in precedenza – diversi ambiti innovandone l'assetto e, nello specifico, è quello sanitario che si

avvale di strumenti informatici e telematici nel settore diagnostico e terapeutico, della ricerca, della creazione e del miglioramento dei servizi e della formazione, dando vita a un nuovo aspetto della medicina moderna: quello dei *Digital Health Interventions* (DHI), ossia interventi clinici che sfruttando le tecnologie della comunicazione sono svincolati dalla necessità della co-presenza fisica di medico e paziente³¹.

L'espansione delle Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione ha influenzato, in un certo qual senso, anche “l'approccio dei cittadini alla scienza, aprendo ad una democratizzazione del sapere scientifico”³², non privo, però, di luci e ombre divenendo, altresì una “delle questioni più importanti in ogni settore, incluso quello della salute”³³. In verità, sono molteplici le opportunità che si sono aperte in questo settore, a partire dal miglioramento dell'efficienza del sistema sanitario, alla riduzione dei costi e dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, sino ad arrivare alla

delocalizzazione dell'erogazione dei servizi con la telemedicina e la medicina remota; la facilitazione dell'accesso alle cure; [...]; la possibilità di realizzare la cartella elettronica, con la raccolta di informazioni individuali e collettive, rendendole fruibili in tempo reale ai cittadini e ai medici³⁴.

Nello specifico, un ruolo cruciale è stato svolto dalla telemedicina, strumento che vede il felice connubio tra telematica e medicina, o per meglio dire tra “le Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione e l'intervento del professionista della salute”, il cui compito è quello della “prevenzione, la diagnosi ed il trattamento di un novero sempre più ampio di patologie”³⁵. Uno strumento – per l'appunto – in grado di poter intervenire in tutte quelle situazioni a carattere

³⁰ *Ivi*, p. 10.

³¹ E. Caroppo, P. Lanzotti, L. Janiri, *Interventi a distanza in salute mentale*, Alpes, Roma, 2020, p. 1.

³² L. Palazzani, *Tecnologie dell'informazione e intelligenza artificiale*, cit., p. 17.

³³ F. Patarnello, “Tecnologia, Agenda digitale, semplificazione e salute: come muoversi tra nuovi bisogni, strumenti innovativi e vecchie regole”, in *Innovazione e-Salute*, (2020), n. 0, p. 15.

³⁴ L. Palazzani, *Dalla bio-etica alla tecno-etica*, cit., p. 358.

³⁵ C. Botrugno, *Telemedicina e trasformazione dei sistemi sanitari*, Aracne, Roma, 2018, p. 9.

straordinario – com'è stata la pandemia ancora in atto – in cui la distanza sarebbe stata elemento di ostacolo e/o impedimento per un tempestivo intervento sanitario³⁶, ottimizzando, altresì tempi e risorse, ed evitando dispendio di energie.

In realtà, la telemedicina fa il suo esordio sulla scena sanitaria a partire dagli anni '60 con i primi modelli sperimentali che hanno consentito di portare l'assistenza sanitaria in quelle situazioni in cui la distanza non avrebbe permesso un intervento tempestivo. Nel corso degli anni i modelli, grazie alla capacità di trasmissione sempre più capillare, si sono perfezionati sdoganando la telemedicina dall'evento straordinario alla possibilità di fruirne direttamente al proprio domicilio. La sperimentazione della telemedicina non è stata sempre lineare, infatti ad un iniziale impulso negli anni '80 grazie al sorgere di tecniche di *medical imaging* ed al perfezionamento degli strumenti della trasmissione telematica dei dati sanitari, si è avuta una battuta d'arresto, in parte legata alla scarsa qualità dei collegamenti audio e video, per poi risorgere negli anni '90 grazie all'aumento della capacità di trasmissione ed al contemporaneo calo del costo delle Tecnologie dell'Informazione e Comunicazione³⁷. La vera rivoluzione digitale si ha a partire dalla nascita del concetto di bit – unità minima dell'informazione digitale – che ha la capacità di duplicarsi, modificarsi facilmente e “richiede un basso contenuto energetico, si archivia, si ricerca e si trova”³⁸. La progressiva ripresa della sperimentazione si riflette, di fatto, anche nella terminologia adoperata per indicare i collegamenti remoti tra medico e paziente. Si assiste ad una proliferazione di definizioni che, si differenziano a volte anche in modo decisivo semanticamente, purtuttavia mettendo in risalto i vantaggi derivanti dall'utilizzo delle Tecnologie dell'Informazione e Comunicazione in ambito sanitario. Differenziazioni definitorie che creano, comunque, non pochi problemi, legati anche alla continua proliferazione di nuovi dispositivi ed applicazioni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1998, ad esempio, definisce la telemedicina come

l'erogazione di servizi sanitari quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni al fine di scambiare informazioni utili alla diagnosi, al trattamento ed alla prevenzione delle malattie e per garantire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la ricerca e la valutazione della cura.

È anche vero che nel corso del tempo la telemedicina ha esteso la sua applicazione a diverse branche della medicina, così come a diversi soggetti sanitari

³⁶ Cfr. S. Gherardi, A. Strati, *La telemedicina. Fra tecnologia e organizzazione*, Carocci, Roma, 2004, p. 20; ancora in merito rinvio a E. Manzi, S. Selvaggi, V. Sica, “Tecnologie informatiche e delle comunicazioni in medicina: la telemedicina”, in V. Sica, S. Selvaggi (a cura di), *Telemedicina*, Springer, Milano, 2010, p. 1.

³⁷ Cfr., C. Botrugno, *op. cit.*, p. 17.

³⁸ S. Pillon, “Salute e cure digitali. Uno strumento per una medicina della persona, frutto di un approccio sistemico alla complessità”, in *Innovazione e-Salute*, (2020), n.0, p. 5.

e non sanitari, come ad esempio fabbriche, centri sportivi, navi, scuole, istituti carcerari, oltre che singoli pazienti.

A ben vedere, la telemedicina può essere applicata nella diagnosi di problemi sanitari di lieve entità,

per lo scambio di informazioni in relazione ai trattamenti domiciliari, per i controlli post-trattamento o per il follow-up nel caso di malattie croniche, per la trasmissione più rapida di prescrizioni farmaceutiche, per garantire un contatto tra medico e assistito quando necessario al di fuori degli orari di ricevimento, oppure nel caso in cui il paziente sia impossibilitato a uscire di casa³⁹.

Nello specifico, la telemedicina garantisce “la possibilità di una *second opinion* medica, vale a dire fornire un’opinione clinica a distanza supportata da dati acquisiti inviati a un medico remoto, che li analizza e li referta”⁴⁰. Questo significa che l’obiettivo della telemedicina non è sostituire la medicina tradizionale, quanto semmai affiancarla. Vi sono quattro modalità con le quali si sviluppa la telemedicina e possono essere la visita a distanza, in cui il medico visita il paziente utilizzando sistemi di comunicazione come Skype, Zoom e piattaforme similari; il teleconsulto, attraverso cui i medici si confrontano senza la presenza del paziente sulla diagnosi e la cura da prescrivere; la cooperazione da remoto che si mette in atto nel momento in cui un medico, in una situazione di emergenza, aiuta un altro medico o un professionista sanitario; ed infine il tele-monitoraggio, per mezzo del quale sono monitorati i parametri dei pazienti con malattie croniche con l’utilizzo di appositi dispositivi (IoMT). Sin qui, sembra che la telemedicina possa essere considerata come un valido strumento di supporto per il medico, ma accanto – o se si vuole insieme – a queste straordinarie opportunità affiorano alcune problematicità di natura etica, pertanto è quanto mai necessario interrogarsi su quale sia l’entità dei benefici e quali, invece, i rischi correlati all’utilizzo di un tale servizio. In merito ai benefici, ad esempio, non vi è unanimità di consensi in letteratura sulla diffusione e rapidità di esecuzione delle prestazioni per mezzo della telemedicina, infatti a partire dalle prime sperimentazioni è emerso un certo scetticismo circa l’ipotesi che il teleconsulto potesse realizzarsi in tempi mediamente più brevi di quelli convenzionali; ed ancora, il rischio che un aumento di informazioni non possa coincidere con “la qualità sostanziale dei contenuti”⁴¹ mancando di fatto, un filtro in grado di garantirne la selezione e veridicità della certificazione. Una scorretta informazione potrebbe, ad esempio, determinare nell’utente un fraintendimento tale da indurlo a mettere in atto comportamenti che

³⁹ M.T. Della Mura, “Telemedicina: cos’è, come funziona e quali sono le tecnologie che la abilitano”, in *NetWork Digital 360*, 15 gennaio 2021.

⁴⁰ A. Bellocco, *ICT e telemedicina. Per un sistema sanitario nazionale sostenibile*, Edizioni Del Faro, Trento, 2015, p. 19.

⁴¹ L. Palazzani, *Dalla bio-etica alla tecno-etica*, cit., p. 359.

potrebbero mettere gravemente a rischio la sua salute. Ma non solo, l'accelerazione e contestualizzazione della comunicazione potrebbe – in qualche caso – provocare un isolamento digitale.

Ed ancora, in ambito sanitario e nello specifico nel rapporto medico paziente, se per un verso un tale utilizzo potrebbe servire a monitorare la salute del paziente, a compilare la cartella elettronica che riporta le reazioni fisiologiche e psicologiche in tempo reale, così come a rilevare immediatamente gli effetti collaterali, per l'altro siamo sicuri che non si incorra nel rischio che tale strumento da supporto non finisca con il sostituirsi completamente? Si potrebbe ravvisare un duplice pericolo, da parte del medico di cadere nella tentazione di 'affidarsi' completamente alle tecnologie per mancanza di tempo trascurando, così, il paziente e viceversa il paziente finirebbe con il rivolgersi sempre più ad internet senza consultare il medico tendendo ad una "autoreferenzialità medica, sia per la diagnosi che per la terapia, senza indicazioni, consulenze e controlli, con molti rischi per la salute"⁴². Tutto questo inciderebbe – in modo disastroso – sul già 'labile' rapporto medico/paziente, che potrebbe, ulteriormente impoverirsi e spersonalizzarsi, minandone, altresì, la stabilità e allontanando sempre di più quella "alleanza terapeutica" tanto anelata.

3. La 'vulnerabilità' del rapporto medico-paziente

Sin dalle origini la medicina occidentale è sempre stata caratterizzata "da un dualismo di fondo fra sapere e pratica"⁴³, non a caso nella sua derivazione greca *iatrikē technē*, è messo in risalto il legame indissolubile tra arte e scienza, pratica e conoscenza. Tecnica, il cui ruolo, per quanto importante, era sempre e comunque subordinato al saper puro, al sapere dell'essere in quanto essere⁴⁴. In questo senso, attraverso la *technē* si ha la possibilità di rintracciare "la coerenza delle cose, la regolarità dell'ordine naturale", mentre il sapere medico, a sua volta, deve saper distinguere, unificare e fare previsioni, allontanando il caso dal regno dell'imprevedibile. Sapere, inteso come quella capacità di "operare la differenza tra ciò che è corretto e ciò che non lo è"⁴⁵. La medicina, allora, in quanto scienza "è la ricerca di una conoscenza di fatti naturali", mentre in quanto tecnica, finalizza la conoscenza alla cura di un male, che prende in considerazione il fatto che il paziente vuole essere curato⁴⁶. In questo senso, seguendo l'insegnamento ippocratico, l'arte medica si fonda su una relazione triangolare formata dal medico, dalla malattia e dal malato, in cui il medico "è il servitore dell'arte" ma ha necessariamente bisogno

⁴² L. Palazzani, *Tecnologie dell'informazione e intelligenza artificiale*, cit., p. 13.

⁴³ B. Fantini, "Medicina", voce in A. Fasolo (a cura di), *Dizionario di biologia*, Utet, Torino, 2004, p. 573.

⁴⁴ Cfr. A. Spinelli, "La tecnologia: *nature artificielle* dell'umano", in *Dialoghesthai*, (10) 2008.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ Cfr. A. Massarenti, "La verità del nuovo Ippocrate", in *Keiron*, (2000), n. 5, p. 16.

che il malato, a sua volta, lo aiuti a sconfiggere la malattia⁴⁷. Ed è proprio la relazione malato-malattia a rappresentare un lato fondamentale di questa triangolazione, mentre gli altri due – costanti del pensiero e della pratica medica, la relazione medico-malato e la relazione medico-malattia – ne stabiliscono le tendenze generali⁴⁸. Ciò comporta che, l'autentico sapere medico della tradizione ippocratica, oltre ad avere ad oggetto il corpo, “non ignora che la via per la conoscenza del corpo è una via che chiede la conoscenza dell'intero dell'uomo”⁴⁹. In questo contesto, medico e paziente si trovano insieme

dinanzi alla malattia e di comune accordo il medico aiuta il paziente “basandosi sulla sua abilità scientifica”⁵⁰. Pertanto, il *modus agendi* del medico si fonda su due aspetti fondamentali: da una parte la conoscenza scientifica e l'abilità tecnica, dall'altra l'*ethos* umanitario. Il medico, dunque, ha sempre presente “la dignità del malato e la sua autonomia decisionale”, tanto quanto “il valore insostituibile di ogni singolo uomo”⁵¹. È anche vero, però, che – come si diceva in precedenza – da diverso tempo il modello della medicina ippocratica è entrato in crisi, ed anche l'antico compito della medicina il cui fine ultimo è la salute del paziente, si è alterato per trasformarsi nel tentativo ingegneristico di manipolare la corporeità umana. È come se la medicina avesse tradito sé stessa, riducendo ad uno sbiadito ricordo il giuramento di Ippocrate. La tecnica, allora, si è frapposta, prepotentemente, tra il medico e il paziente, “rubando la scena” ai reali protagonisti della salute, sminuendo – se non addirittura facendo scomparire del tutto – l'approccio dialogico della medicina tradizionale⁵². La medicina dialogica è stata soppiantata da quella scientifica che tende a fondarsi su un rigore meramente fattuale e da ciò il rapido progredire della tecno-medicina, che al di là di ogni previsione, ha originato esigenze del tutto nuove e diverse, determinando, altresì, una palese contraddizione tra una maggiore possibilità di intervento medico, per un verso e per l'altro una diffusa invocazione di ‘umanizzazione’ dell'atto medico.

È come se – paradossalmente – quanto più si è accresciuta la competenza e conoscenza medica, quanto più sono aumentate le prestazioni delle apparecchiature per la diagnostica e la terapia, tanto più è venuta meno la fiducia nel medico. La pratica medica, sempre più dominata dal ‘fare’ tecnico si è allontanata dalla originaria saggezza considerando “il malato un mero insieme di organi passibili ciascuno di cure specifiche”⁵³. Tutto ciò ha determinato che, se per un verso si è completamente smarrita la visione globale ed olistica del paziente, declassandolo a mero caso, dall'altro si è frantumata l'identità del medico. Il malato è sempre più

⁴⁷ Cfr. Ippocrate, *Epidemie*, La Nuova Italia, Firenze 1982, I, 12, 5.

⁴⁸ Cfr. B. Fantini, *op. cit.*, p. 574.

⁴⁹ F. D'Agostino, L. Palazzani, *Bioetica. Nozioni fondamentali*, La Scuola, Brescia, 2007, p. 12.

⁵⁰ K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 1991, p. 2.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² Cfr., P.B. Helzel, La filosofia della medicina, in M. Rizzo (a cura di), *La mia vita è bella perché so di essere amato*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2015, p. 29.

⁵³ A. Massarenti, *op. cit.*, p. 12.

considerato alla stregua di una macchina a cui devono essere cambiati i pezzi se non addirittura rottamata e il medico è considerato un “prestatore d’opera”, privo di emozioni, attento solo all’aspetto burocratico. L’antica alleanza medico-paziente, ‘utile’ nella cura della malattia, è ‘vacillante’ nel senso che il modello predominante ora è fondato su un aspetto squisitamente contrattualistico, ricondotto ad una normale relazione commerciale, “regolata per legge da precise norme di correttezza professionale: perizia, verità, fedeltà ai fatti”⁵⁴, tendente a chiarire, per un verso, quali siano i diritti-doveri che fanno da sfondo al rapporto medico-paziente, ma che dall’altro è sfociato in una disumanizzazione della medicina. Il rapporto, allora, è tra il paziente inteso come cliente richiedente prestazioni ed il medico quale prestatore d’opera.

Un rapporto, evidentemente, che non gode di ottima salute e che è degenerato, per alcuni aspetti, in “fase terminale” in epoca pandemica. È pur vero che l’evento Covid è esploso nella quotidianità di ciascuno di noi – come più volte ripetuto – in modo eccezionale, giunto “improvviso e inatteso [...] ‘come un ladro nella notte’”⁵⁵. Un evento, le cui ripercussioni si sono avvertite, particolarmente, in ambito sanitario e nello specifico nel rapporto medico-paziente mostrandone tutte le vulnerabilità. Soprattutto, perché non era “mai accaduto di mettere e mantenere in isolamento un numero così grande di pazienti, di creare tanti reparti completamente isolati dal resto dell’ospedale e dal mondo esterno”⁵⁶. Per mesi interi il mondo si è fermato, diviso in due vite parallele, quella dei reparti Covid – isolati, blindati, inaccessibili – in cui i familiari dei pazienti non possono entrare e l’unica via di comunicazione è affidata al telefono, e quella esterna – chiusi nelle case, terrorizzati da un nemico invisibile. Ma, accanto – o se si vuole insieme – ai pazienti Covid vi sono stati – così come tutt’ora vi sono – altrettanti pazienti bisognosi di cure. Come affermato in precedenza, la telemedicina ha, in alcuni casi, facilitato l’accesso alle cure di pazienti altrimenti irraggiungibili, ma è altrettanto vero che il solo utilizzo massivo di strumenti tecnologici potrebbe finire con il trasformare il già ‘fragile’ “rapporto medico-paziente in un contratto utente-consumatore/medico-datore di servizi”⁵⁷. In realtà, la telemedicina supera l’ostacolo della simultanea presenza fisica di medico e paziente, ma nello stesso tempo si rischia – come riportato dal Comitato Nazionale di Bioetica – di perdere “quell’insieme di segni obiettivi (aspetto generale, postura, deambulazione, esame obiettivo mediante ispezione...) che, unitamente ad elementi di percezione emotiva, guidano il processo diagnostico nel contesto della corretta semeiotica medica sulla

⁵⁴ M. L. Scalise, *Il rapporto medico-paziente nell’era delle biotecnologie*, cit., p. 415; in merito alla natura contrattuale assunto dalla relazione medico-paziente rinvio a M. Barni, *Diritti-doveri responsabilità del medico*, Giuffrè, Milano, 1999, p. 111.

⁵⁵ V. Ferrari, “Stato di diritto e paternalismo governativo nell’emergenza sanitaria”, in R.A. Smolla, L. Albino (a cura di), *Diritto ed economia nello stato di emergenza. Mutamenti strutturali nella (della) realtà sociale*, Cedam, Padova, 2021, p. 125.

⁵⁶ R. Alloni, “L’evoluzione del rapporto medico-paziente: l’esperienza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico”, in *Medic*, (2020-2021), nn. 28-29, p. 28.

⁵⁷ L. Palazzani, *Dalla bio-etica alla tecno-etica*, cit., p. 360.

corporeità della persona”⁵⁸. Il ruolo del tecno-medico è così ricondotto a quello di un mero prescrittore, che effettua le visite e fa le diagnosi online. In altre parole, il rischio paventato – già quindici anni fa – dal CNB “è la perdita di una piena comunicazione fra medico e paziente il cui rapporto tende ad essere spersonalizzato a causa di un significativo impoverimento del contatto interpersonale”⁵⁹. La relazione medico-paziente rischia sempre più di ‘rarefarsi’ e quella che un tempo era la tradizionale visita al paziente in corsia oggi è, di frequente, sostituita da un *briefing* attorno a un computer, durante il quale si esaminano immagini su schermi, lastre, referti, numeri, dati. L’attuale *cliché* culturale mostra un medico sempre più focalizzato sullo schermo anziché sul paziente, completamente distratto dalla vita, dai corpi e dalle emozioni delle persone affidate alle sue cure. Vi è uno sbilanciamento, una reale frattura tra medicina delle evidenze, linee guida, numeri, probabilità, accresciuta notevolmente negli ultimi decenni e la quotidianità del paziente che chiede solo una risposta per il suo problema, per il suo vissuto. Viene, così, a perdersi la centralità del paziente. Ciò significa ‘disumanizzare’ ulteriormente la pratica clinica con la conseguenza di rendere, oltremodo, ‘vulnerabile’ la relazione medico-paziente. La ‘vulnerabilità’ è una “condizione di fragilità o debolezza, fisica, psicologica o sociale, in virtù della quale la persona è potenzialmente più soggetta ad essere offesa, ferita, lesa nei suoi diritti”⁶⁰, contraddicendo in questo modo la tesi secondo cui gli esseri umani sono individui autosufficienti. Ciò diviene ancor più vero nella relazione medico-paziente, in cui vi è l’incontro – ed in alcuni casi lo scontro – tra due vulnerabilità. Ed è proprio nella relazione medico-paziente, in cui “fragilità e vulnerabilità dominano incontrastate”⁶¹, che è possibile individuare una ‘nuova’ alleanza. La vulnerabilità del medico e quella del paziente aprono “spazi alla comprensione di storie, emozioni, dolori altrimenti sopiti”⁶². Pertanto, ciò che deve essere, immediatamente, compreso è che in questa relazione il paziente non è una macchina da aggiustare affidata ad un medico-meccanico, ma è l’incontro tra due esseri umani con le proprie sofferenze, fragilità, paure, dubbi, emozioni, vulnerabilità. Detto ciò, lungi dal voler glorificare il passato ricercando una riedizione del modello paternalistico, sarebbe, forse, opportuno rileggere con occhio critico quelle situazioni che sono venute a configurarsi nel momento in cui tale modalità relazionale si è andata spegnendo. In altre parole, è quanto mai doveroso rivedere i termini della relazione, ristabilire, cioè, i ruoli che competono a ciascuno, soprattutto in questo momento in cui la tecnica *ob torto collo* è divenuta uno strumento quanto mai necessario. È pur vero che per quanto straordinarie possano

⁵⁸ Comitato Nazionale di Bioetica, *Etica, salute e nuove tecnologie dell’informazione*, 21 aprile 2006.

⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁰ P. Premoli De Marchi, “Il rispetto per la persona come fondamento dell’etica della relazione tra medico e paziente”, in *Medicina e Morale*, (2021), n. 1, pp. 91-109, in part., p. 104.

⁶¹ G. Conza, “Vulnerabilità e cura. Argomentare in bioetica”, in *Etica&Politica*, (2019), n. 3, p. 312.

⁶² *Ibidem*.

essere queste nuove tecniche emergenti, sono “sempre le persone a dover *fare i conti* con il dramma della sofferenza, il mistero della morte, la speranza della cura”⁶³. Da qui la necessità di riallacciare quei fili, da tempo spezzati, di quella feconda *philia iatriké*, così ben tratteggiata da Seneca nel *De beneficiis*, quale ideale di quella che nell’antichità veniva denominata come l’amicizia medica, fondata da una parte sulla beneficenza disinteressata del medico e dall’altra sulla gratitudine e la fiducia del paziente⁶⁴. Una relazione, comunque, asimmetrica in cui il paziente è sempre in una situazione di disagio, di malessere che si affida al medico, senza con ciò, abdicare alla propria capacità decisionale. Pertanto, la *philia* che lega medico e paziente, deve fondarsi necessariamente su un atteggiamento di profondo rispetto per l’altro, nell’unicità della sua persona e della sua esperienza di sofferenza. Una *philia* che affonda le sue radici in quella forma di empatia intesa come quella “capacità di mettersi nei panni di un altro”⁶⁵, in quella naturale capacità umana di ‘sentire’ l’altro. Diversi studi hanno, infatti, dimostrato come “la capacità empatica dei medici e dei professionisti della salute in generale, non solo migliora l’umore e l’atteggiamento dei pazienti, ma ha un effetto notevole anche sugli *outcome* clinici”⁶⁶. È comprovato, infatti, che il comportamento accogliente del medico ha come effetto sul paziente la riduzione dello stress e dell’ansia. Ciò chiarisce il perché “il paziente desidera che la competenza del medico non si esaurisca nel mondo del ‘dovere’”⁶⁷, ma che coinvolga anche il senso di ‘umana’ responsabilità del medico. Infatti, quando il paziente diviene un alleato produttivo del medico, la cura diviene più efficace. Detto ciò, la *philia iatriké* non può essere più – come in passato – un rapporto a due, ma è ‘tripartita’ – medico-paziente-tecnologia – e come tale deve essere gestita al meglio. In questa relazione tripartita, un ruolo fondamentale spetta – ancora una volta al medico – il quale “dovrà essere in grado di ‘relazionarsi’ con la tecnologia nel modo giusto, superando dubbi e pregiudizi”⁶⁸, non trascurando mai le sue competenze mediche, e contemporaneamente vestire i

⁶³ G. Pravettoni, S. Triberti, *Il medico 4.0. Come cambia la relazione medico-paziente nell’era delle nuove tecnologie*, Edra, Milano, 2019, p. 57.

⁶⁴ Cfr. Seneca, *De Beneficiis*, trad. it., Giardini, Pisa, 1982, VI, 16, 1-5.

⁶⁵ Per empatia non dobbiamo intendere – osserva S. Caracciolo – Il compatimento o la simpatia “perché in questi due fenomeni si provano assieme, nella relazione, sentimenti di condivisione (*syn*, ‘assieme’ + *pathos*, ‘sofferenza’) sul piano cosciente, ma con caratteristiche di superficialità e in assenza di movimenti emotivi profondi, associati ad un senso di vicinanza che è più vicino alla attrazione interpersonale. La simpatia si colloca infatti nel campo delle relazioni amicali, basate su una certa condivisione nella valutazione di giudizi, opinioni e punti di riferimento comuni. Al contrario, l’empatia si sviluppa necessariamente in assenza di vincoli amicali perché si struttura a partire da una estraneità che permane e, anzi, tende a ristabilire il proprio assetto dopo aver sperimentato l’empatia” (S. Caracciolo, “Il ruolo centrale dell’empatia nel rapporto medico-paziente”, in S. Caracciolo (a cura di), *L’oscuro soffitto senza stelle*, Aracne, Roma, 2007, pp. 101-102).

⁶⁶ G. Pravettoni, S. Triberti, *op. cit.*, p. 75.

⁶⁷ S. Giardina, “La figura del medico-amico nell’immaginario del malato”, in *Tendenze nuove*, (2010), n.3, p. 277.

⁶⁸ G. Pravettoni, S. Triberti, *op. cit.*, p. 95.

panni del paziente, svolgendo un ruolo di 'mediatore' tra la tecnologia ed il vissuto del paziente. In questo modo, la tecnologia da "terzo incomodo" potrebbe diventare parte integrante della terapia, in quanto il medico avrebbe a disposizione molto più tempo per dialogare con il paziente creando quel rapporto di fiducia necessario per la cura. La prassi medica, più volte, ha dimostrato, infatti, come è nel racconto che il paziente fa del vissuto della sua malattia, che emerge quell'elemento diagnostico importante alla successiva cura. Le tecnologie emergenti possono, dunque, arrivare fino ad un certo punto nella cura del paziente, oltre il quale solo il patrimonio umano fatto di emozioni, sensibilità, pure, affetti, esperienza può essere di supporto alla terapia di cura. Sarebbe un errore pensare di poter fare a meno delle tecnologie emergenti, ma dobbiamo essere consapevoli che se "oggi ci consentono di galleggiare mentre affrontiamo la tempesta perfetta"⁶⁹, non dovranno divenire domani ciò che ci farà affondare.

⁶⁹ M. Fasan, "La tecnologia ci salverà? Intelligenza artificiale, salute individuale e salute collettiva ai tempi del coronavirus", in *BioLaw Journal*, (2020), n. 2, p. 8.