



I leader religiosi del Marocco: aborto, è l'islam che guida la legge

In Marocco il dibattito sulla legalizzazione dell'aborto coinvolge anche la religione. «Qualsiasi modifica del Codice penale sul tema dell'aborto dovrà seguire la legge islamica»: con questa dichiarazione è intervenuto il Consiglio degli ulema, massima autorità del paese nordafricano per i pronunciamenti in materia di politica religiosa. L'istituzione, presieduta da re Mohammed VI, venne creata nel 1981 e dal 2004 vi siede anche una donna. Da tempo in Marocco si dibatte per la mo-

difica degli articoli 449 e 458 del Codice penale che puniscono l'aborto tranne se la donna è in pericolo di vita. A settembre il caso della giornalista Hajar Raisouni, condannata a un anno di carcere per aborto e poi graziata dal re, ha riaperto il dibattito. L'intervento degli ulema riafferma il primato della legge islamica sulla politica anche per modifiche legislative presentate come riforme in materia di bioetica.
Simona Verrazzo

Suicidio assistito, tocca ai Comitati etici

La sentenza della Corte costituzionale ne richiede il parere preventivo. Ma oggi si occupano soprattutto di autorizzare le sperimentazioni sui farmaci

ENRICO NEGROTTI

La sentenza 242/2019 della Corte costituzionale, relativa alla punibilità dell'aiuto al suicidio intervenendo sull'articolo 580 del Codice penale, ha stabilito che esistono alcune particolarissime circostanze nelle quali chi agevola l'esecuzione del proposito di togliersi la vita non deve subire condanne penali. Le regole della Consulta comprendono, oltre ad alcune caratteristiche cliniche del paziente e alla sua capacità di intendere e di volere, la necessità che le condizioni e le modalità di esecuzione vengano «verificate da una struttura del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente». Questo riferimento al comitato etico ha sollevato non pochi interrogativi. Infatti secondo il Registro nazionale (disponibile sul sito dell'Agencia italiana del farmaco, Aifa), aggiornato allo scorso 11 settembre, nel nostro Paese esistono 91 comitati etici territoriali. Si tratta di un assetto raggiunto dopo il decreto 8 febbraio 2013 dell'allora ministro della Salute, Renato Balduzzi. Qualche utile indicazione per ricostruire la storia dei comitati etici in Italia si ricava dal recente articolo, pubblicato sugli *Annali dell'Istituto superiore di sanità* (Iss), a firma del presidente del Comitato etico dell'Iss Carlo Petri e del presidente dell'Iss Silvio Brusafiero. Innanzi tutto, le prime tracce normative dei comitati etici risalgono, in particolare, a un decreto del 1998. Un'ulteriore messa a punto fu contenuta in un decreto legislativo del 2003 che recepiva la direttiva comunitaria 20 del 2001. Per giungere poi alla legge 8 novembre 2012, n. 189, completata appunto dal decreto del ministro Balduzzi. Ma il regolamento europeo 536/2014 sulla sperimentazione clinica dei medicinali e poi quello 745/2017 sui dispositivi medici (entrambi destinati a essere attuati nel corso del 2020) hanno reso necessario un ulteriore intervento, concretizzato nella legge 3/2018 («legge Lorenzini») che – tra le numerose questioni di politica sanitaria – affronta anche le procedure di autorizzazione della sperimentazione di medicinali e il ruolo dei comitati etici. Tale legge stabilisce di ridurre a 40 i comitati etici territoriali lasciandone 3 di istitu-

zioni con valenza nazionale, e di istituire un Centro nazionale di coordinamento dei comitati etici territoriali. Quest'ultimo è stato istituito (presidente Maria Luisa Moro, direttore dell'Agencia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, vicepresidente lo stesso Petri) ma la mancanza dei decreti attuativi sulle altre norme rende l'applicazione della legge, in relazione alla riforma dei comitati etici, ancora piuttosto incerta.

Tuttavia c'è un'ulteriore difficoltà. Nonostante il decreto Balduzzi precisasse che i comitati etici potessero svolgere «funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali», e che in alcuni casi questo accada, la principale e quasi esclusiva attività svolta da questi organismi riguarda l'approvazione di studi per la sperimentazione di farmaci.

La legge Lorenzini, di cui mancano alcuni decreti attuativi, prevede che scendano da 91 a 40 in tutta Italia. Saranno i 51 che avanzano a occuparsi di etica clinica? Le osservazioni di Petri (Iss) in vista di nuove norme che appaiono problematiche

Che è anche la principale motivazione delle normative europee che fanno riferimento ai comitati etici. È evidente che tale attività è ben diversa dalla discussione di casi di etica clinica, addirittura – come sarebbe in relazione all'aiuto al suicidio – per questioni di così drammatica portata. Tale difficoltà è ben presente ai componenti degli attuali comitati etici, come testimonia don Tullio Proserpio, che fa

parte di questo organismo all'Istituto dei tumori di Milano, dove svolge il compito di capellano. «Ci siamo incontrati di recente – racconta don Proserpio – proprio per cominciare ad affrontare le indicazioni della sentenza della Corte costituzionale». Nel primo confronto sono emersi alcuni dubbi: «Dalla lettura della sentenza sono apparse due possibili interpretazioni su quale dovrebbe essere il nostro ruolo: una

mera ratifica che le procedure relative all'accertamento delle volontà del paziente e delle sue condizioni siano state rispettate, e che l'iter seguito sia conforme alle prescrizioni della Consulta, e della futura legge che dovrà rispettarne i contenuti; oppure se, viceversa, il comitato etico dovrebbe avere un ruolo attivo, cioè esprimere un parere sullo specifico caso clinico. Il che richiederebbe perlopiù che si incontrasse la persona per poter avere un riscontro delle sue condizioni e delle sue opinioni».

Osserva Carlo Petri (che è anche direttore dell'Unità di Bioetica dell'Iss) che tra le soluzioni proposte per completare l'attuazione della legge 3/2018 c'è anche la destinazione dei comitati etici «tagliati» (dai 91 attuali ai 40 previsti) alla discussione dei casi clinici. Sarà questa la strada che percorrerà una eventuale futura legge? E basterà? Quel che pare certo è che la strada di una possibile – ma non indispensabile – sentenza a giudizio di insiemi costituzionalisti è autoapplicativa – nuova norma, già accidentata vista l'eterogeneità dei disegni di legge presenti oggi in Parlamento, dovrà affrontare un'ulteriore salita.

DOCUMENTO DEI VESCOVI

Chiesa spagnola in campo: «La gente chiede cure palliative, non di morire»

Un fermo no della Chiesa all'eutanasia. È contenuto nel documento «Seminatori di speranza. Accogliere, proteggere e accompagnare alla fase finale della vita», approvato dall'assemblea plenaria della Conferenza episcopale spagnola dopo due anni di dibattito, con il contributo di medici, infermieri e volontari, e presentato ieri a Madrid dal vescovo di Bilbao, Mario Icaza. «Non è mai lecito causare la morte di un ammalato, nemmeno per evitare il dolore e la sofferenza, anche se lo richieda espressamente. Né il paziente né il personale sanitario, né tantomeno i familiari hanno la facoltà di decidere o provocare la morte di una persona», affermano i vescovi, che lo hanno votato in pratica all'unanimità. «In Spagna ci sono 125mila persone che oggi hanno bisogno di cure palliative, ma almeno 60mila non le ricevono, come anche il 90% dei bambini con malattie terminali – ha rilevato l'infermiera Encarnación Isabel Pérez –. È la priorità di cui dobbiamo farci carico: dire che non è giusto che tutte queste persone non abbiano cure palliative, vero aiuto». La Chiesa accetta la sedazione palliativa a fronte di situazioni di «malattia incurabile, in stato avanzato e irreversibile, con una previsione di vita limitata o in situazione di agonia», si afferma nel testo, ma sempre a seguito di «un'indicazione medica» e «con il consenso» dell'ammalato e della sua famiglia. È inoltre necessario formare il personale sanitario «nell'arte di alleviare e confortare», poiché – si afferma nel documento – è comprovata «la funzione terapeutica di un modo umano e delicato di trattare il paziente». Icaza ha insistito sul fatto che «in Spagna non c'è una domanda sociale di eutanasia» nonostante la legge annunciata nella scorsa legislatura e nell'attuale, appena cominciata, come priorità nel programma del governo socialista ad interim. «Le istituzioni pubbliche devono servire a tutelare ogni vita umana, al di là di qualunque condizionamento» scrivono i vescovi. Perché «la vita umana è un bene che supera il potere di disporre di qualunque persona o istituzione», vale a dire di giudici, legislatori o medici. E «l'eutanasia costituisce una sconfitta sociale e un esempio della cultura dello scarto». Presidente della commissione Famiglia e vita, lo stesso medico, monsignor Icaza ha fatto la sua tesi dottorale proprio sulla sofferenza e le cure alla fine della vita: «In Spagna – ha denunciato – manca una legge sulle cure palliative». «Non è lecita – sottolinea il testo – l'azione o l'omissione che, per sua natura e nell'intenzione, provochi la morte al fine di evitare ogni dolore». Ma, allo stesso tempo, si ricorda che «non è lecito prolungare a ogni costo la vita di un paziente» quando non esiste possibilità di cura.
Paola Del Vecchio



L'INIZIATIVA CONGIUNTA DI ANDRIA E TRANI-BARLETTA-BISCEGLIE

La vita è ancora un dono? Rilanciamo contro l'indifferenza e le scorciatoie

SABINA LEONETTI

Line vita, chi decide? Interrogativo cui due diocesi pugliesi, Andria e Trani-Barletta-Bisceglie, hanno provato a fornire alcune risposte attraverso un convegno congiunto organizzato nei giorni scorsi da Meic di Andria, Azione Cattolica e diverse associazioni ecclesiali, con l'intervento di don Cataldo Zucaro, ordinario di Teologia morale fondamentale alla Pontificia Università Urbaniana di Roma. «Oltre la sentenza della Corte costituzionale – chiarisce il vescovo di Andria, Luigi Mansi – è richiesta a tutti, credenti e non credenti, una profonda riflessione sul tema del fine vita che ci consenta di uscire dai singoli casi, pur senza perderli di vista, per mettere in luce quali conseguenze questa decisione dell'impunità o dell'aiuto al suicidio ha sulla nostra cultura e sulla visione dell'esistenza». È una questione di fondamentale importanza sulla concezione del sé, del mondo e del rapporto con gli altri.

Le due Chiese locali sul territorio della stessa provincia pugliese affrontano insieme la sfida di una mentalità che induce ormai a pensare alla richiesta di farla finita come a un'opzione plausibile

Per chi ha fede il punto di partenza è provare a rispondere alla domanda di fondo: cos'è la vita? Un dono, o qualcosa di cui possiamo arbitrariamente disporre? Non possiamo non guardarci intorno, comprese le persone più care, e guardare alla nostra stessa vita. Chiediamoci: è sempre un dono, anche quando è segnata da malattia, povertà, indigenza, da conseguenze di gravi patologie o incidenti? È un dono anche quando è privata delle relazioni con gli altri, e il dolore sembra attanagliare tutto il corpo? Quando occupiamo solo un posto letto o quando l'uomo è considerato un

numero dai servizi sanitari? «Chi è colpito da una patologia irreversibile che è fonte di sofferenze ritenute intollerabili – aggiunge l'arcivescovo di Trani-Barletta-Bisceglie, Leonardo d'Ascenzo – ha bisogno di vicinanza, affetto, accudimento, aiuto per soffrire meno (terapia del dolore, cure palliative), non certo di sentirsi solo, o considerato un peso, o uno scarto. È molto importante organizzare insieme convegni come questo, in questo caso per due diocesi limitrofe della stessa provincia. Desideriamo contribuire a rafforzare la cultura della vita, la convinzione che già abita il cuore delle persone in genere e di quelle malate in particolare – sono pochissime quelle che chiedono di morire – che prima di tutto esiste un diritto a vivere, a vivere bene, a vivere la fase che precede la morte in serenità, con dignità umana e cristiana. Non c'è bisogno di scorciatoie come il suicidio assistito o l'eutanasia».

CARINE BROCHIER, DELL'ISTITUTO EUROPEO DI BIOETICA DI BRUXELLES

«La lezione del mio Belgio: uno spiraglio, ed ecco l'eutanasia»

ALESSANDRO POLET

Prepararsi a «resistere»: lo ripete sia nella relazione a un recente convegno veneziano su eutanasia e cura che al microfono di *Avvenire* – Carine Brochier, economista e coordinatrice di progetti all'Istituto europeo di bioetica di Bruxelles. Per spiegarsi bene usa un'immagine che in laguna si comprende subito: «È come un virus, o l'acqua alta a Venezia. Dal momento in cui si apre la porta all'eutanasia non si controlla più nulla e non ci si ferma più». Basta uno spiraglio, e tracima. «Ci sono parole – osserva – utilizzate in tutte le leggi che in Europa hanno depenalizzato l'eutanasia: il paziente si trova in una situazione medica senza uscita, che genera una sofferenza fisica e psichica costante e insopportabile, che non può essere calmata, è inattuabile e irriducibile... Ma tali termini appartengono alla soggettività del paziente.



Carine Brochier

Non possono essere controllati». Si pongono limiti ma, in realtà, sono soppiantati da una mentalità strisciante pro-eutanasia. Si realizza così il cosiddetto «piano inclinato» e si spiana la strada verso forme di eutanasia sempre più larghe: in Belgio sono già 2.357 i casi dichiarati di eutanasia nel 2018, non più solo eccezionali o con persone in fase terminale, ma chi è anziano o (si) ritiene che abbia trascorso il meglio del suo percorso di vita, chi ha malattie neurodegenerative o patologie psichiatriche, persone con handicap, sordità, cecità... «Tutti possono chiedere l'eutanasia per tali polipatologie. Non sto inventando nulla, è tutto scritto nei rapporti della commissione di valutazione. Non occorre essere in fin di vita per ottenere l'eutanasia». È successo ai gemelli 45enni Eddy e Marc, sordi, o ai coniugi François e Anne (89 e 86 anni), al 44enne transessuale Nancy/Nathan e alla 38enne Tine che soffre di autismo. Per Brochier oggi in Belgio

«quello che dice il paziente sulla sofferenza fa legge. Se poi il medico rifiuta l'eutanasia (è prevista l'obiezione di coscienza) è considerato come uno che non ha cuore. Si passa a un secondo medico, e la si potrà ottenere: medical shopping». Che fare? «Bisogna mettersi al lavoro insieme, studiare quanto accade all'estero, le politiche attuate. Occorre che i medici dicano no. Le cure palliative sono la risposta, non l'eutanasia. Bisogna formare i medici a gestire il dolore, e lo si può fare. Le persone chiedono l'eutanasia perché sole o perché hanno dolore. Nessuno vuole soffrire, è normale. Le cure palliative permettono anche di morire in modo migliore rispetto all'eutanasia, che uccide le persone». Realista la conclusione: «Si paragonano gli effetti dell'eutanasia a quelli del suicidio. Tutti a parole sono contro il suicidio, ma l'eutanasia è peggio perché domandiamo a un medico di provocare la morte di una persona. Stiamo uccidendo i medici chiedendo loro di uccidere. Ma a voi italiani rivolgo una domanda: come resisterete all'eutanasia?».

CONVEGNO AL SEMINARIO DI VENEZIA

Quant'è fragile l'argine per la «morte a richiesta» se non si rende effettivo il diritto di essere curati

La testimonianza di Carine Brochier (qui accanto in pagina) è risuonata nei giorni scorsi a Venezia, nell'ambito di una più ampia panoramica della situazione in Italia e in altri Paesi europei (come il Belgio e l'Olanda, in particolare) che da più tempo hanno legalizzato l'eutanasia, durante il convegno «Verso l'eutanasia o verso la cura?» nel Seminario Patriarcale alla Salute, per iniziativa della Facoltà di Diritto canonico San Pio X e dell'associazione Gremio di Bioetica di Venezia presieduta da Elena Ramilli. Elisabetta De Septis – avvocato e docente di Biodiritto – ha messo in rilievo i numerosi elementi di criticità presenti nella legalizzazione dell'eutanasia: il fatto che basti la decisione di un solo medico, i controlli solo a posteriori (a

morte già provocata), il limite dell'autodenuncia, l'estromissione di fatto della magistratura, la mancanza di garanzie e di tutele e l'eliminazione in alcuni Paesi dei limiti minimi di età, la tendenza imperante della prassi che va oltre la legge: «E la vigenza delle leggi sta supportando la tolleranza di pratiche eutanasiche che non rientrano nelle fattispecie depenalizzate di eutanasia». Gli interventi di Giovanni Poles, Gian Pietro Salvi e Fulvio De Nigris hanno poi approfondito i temi delle cure palliative, del diritto di cura e del suicidio medicalmente assistito offrendo anche alcune esperienze di vita e di speranza che si realizzano quando si fa spazio alla cura. E non all'eutanasia. (A.L.P.)

Il Gran giuri della pubblicità assolve i manifesti contro l'eutanasia

«Ha vinto la verità, i nostri manifesti "#Noeutanasia" contro la legalizzazione sono legittimi; contraria al decoro e al buon senso è la dittatura del politicamente corretto e di chi vuole violare il diritto inalienabile alla vita». È il commento del presidente di «Pro Vita e Famiglia» Antonio Brandi e del suo vice Jacopo Coghe alla decisione del Gran giuri dell'Istituto di Autodisciplina pubblicitaria, per il quale la campagna promossa dall'associazione non viola il suo codice. Nei manifesti comparivano soggetti

come questo: «Marta, 24 anni, anoressica, potrà farsi uccidere. E se fosse tua sorella?». È «una comunicazione onesta, veritiera e corretta», rivendicano Brandi e Coghe polemizzando col leader radicale Marco Cappato che aveva definito i manifesti «esagerazione della problematica sociale» con «richiami scioccanti». «Sono testi che ricordano un pericolo reale – è la replica – quello che potrebbe accadere se il Parlamento legiferasse in materia di eutanasia e suicidio assistito».



Salute, algoritmi «padroni»?

L'intelligenza artificiale guadagna terreno negli ospedali, con vantaggi indiscussi. E più di un interrogativo

GRAZIELLA MELINA

Robot sempre più presenti nelle sale operatorie. Macchinari in grado di facilitare la riabilitazione dei pazienti. Dispositivi capaci di individuare i meccanismi alla base delle patologie. L'intelligenza artificiale è entrata ormai a pieno ritmo nello sviluppo della medicina, con risultati insperati fino a pochi anni fa. Ma il progresso scientifico, perché sia davvero un bene per tutti e non perda la bussola, deve essere sempre governato dall'uomo, e quindi dalla sua etica. «L'intelligenza artificiale si sta imponendo sempre più anche in medicina con prospettive fino a qualche tempo fa inimmaginabili, che danno un aiuto concreto ai professionisti della sanità», spiega Rocco Bellantone, preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica di Roma. I benefici per i pazienti e il supporto per i medici sono indiscussi. Il problema nasce però se l'uomo abbandona il timone e diventa spettatore passivo delle macchine. E questo rischia di accadere, avverte Bellantone, se «si comincia a parlare di sostituzione dell'uomo e ci si trova di fronte ad algoritmi che spesso sempre più vanno in autoapprendimento, per cui sviluppano un giudizio che prima era a carico dell'uomo e nel quale ovviamente non c'è alcuno spazio per l'etica. La tecno-

logia, senz'altro, è una conquista straordinaria del sapere umano, ma come tutte le scoperte bisogna saperla governare. Quello che vedo è che, travolti dall'entusiasmo, ci stiamo soffermando assai poco su come dobbiamo gestirla. Occorre dunque capire quali possano essere le problematiche per farla funzionare meglio, per averne un controllo etico e dedicato alla persona». Di qui la necessità di un'analisi delle opportunità, ma anche degli interrogativi che si porranno con l'utilizzo sempre più massiccio delle innovazioni tecnologiche. Per farlo, scienziati, aziende leader nel settore dell'Ict e biomedicale, oltre che rappresentanti di istituzioni nazionali ed europee, si sono dati appuntamento a Roma l'11 dicembre al convegno #Ai4docs

«Opportunità e rischi dell'intelligenza artificiale in medicina», promosso dalla Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, in collaborazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica. Che l'intelligenza artificiale di per sé porti solo benefici, per chi si occupa di progresso tecnologico forse è un'ovvietà. Il problema, come sempre, dipende dall'uso che se ne vuole fare. «Non vedo rischi che non siano connessi alla stupidità umana – riflette Roberto Cingolani, responsabile tecnologia e innovazione di Leonardo –. Se qualcuno decide di utilizzare male la tecnologia o, per esempio, di fare uso di informazioni sullo stato di salute dei pazienti per fini diversi ovviamente il pericolo c'è, ma non dipende dall'algoritmo. Siamo in

presenza di una tecnologia e di una applicazione che sulla carta sono solo positive. È necessario semmai potenziare l'educazione e la cultura di chi poi dovrà gestirle». Le opportunità per la salute dei pazienti promettono di essere pressoché prodigiose. «Con il miglioramento delle tecnologie di calcolo e di analisi di grandi masse di dati – spiega Cingolani – possiamo diventare predittivi dal punto di vista delle diagnosi. Siamo in grado, per esempio, di analizzare genomi di grandi quantità di persone, sia pazienti che individui sani, e arrivare a definire una medicina preventiva personalizzata. Si potrebbero addirittura progettare farmaci su misura grazie proprio a sistemi di calcolo estremamente avanzati». Senza contare il supporto che i dispositivi tecnologici riescono a dare agli stessi medici. «Dotare di intelligenza artificiale per esempio un robot aiuta moltissimo l'operatore sanitario – sottolinea Cingolani –. Sono metodologie basate su sensori avanzati, che per esempio possiamo applicare alla chirurgia. Di recente, il settore interessato da queste nuove tecnologie è quello della riabilitazione. Alcune macchine intelligenti riescono ad analizzare programmi riabilitativi rispetto al paziente, dall'anziano al lo sportivo, alla persona operata. Si tratta di tecnologie di supporto al medico e alla persona da curare che nelle diverse situazioni rendono sia la terapia che la diagnosi

molto più rapide, affidabili, e addirittura più personalizzabili». Anche alla fondazione Human Technopole, il nuovo istituto italiano di ricerca per le scienze della vita, con sede a Milano, sono talmente convinti che la tecnologia potrà essere di supporto per contrastare cancro e malattie neurodegenerative che per il 2024 si sono posti l'obiettivo di creare una struttura che ospiterà 7 centri di ricerca e 4 strutture scientifiche, e dove lavoreranno fino a 1.500 persone. Grazie a «un approccio multidisciplinare e al coinvolgimento di scienziati con specialità molto diverse – spiega il presidente Marco Simoni –, la genomica su larga scala sarà integrata con l'analisi dei sistemi di dati e lo sviluppo di nuove tecnologie diagnostiche. Oggi infatti la ricerca medica non si può fare da soli, serve un grande lavoro di squadra». Nessuna incognita dunque all'orizzonte? «La tecnologia che intendiamo sviluppare – rimarca Simoni – serve per migliorare la qualità della vita degli essere umani. Il rischio grande che si può intravedere è semmai la divaricazione tra chi si può permettere di usarla e chi non ha la disponibilità economica per farlo. Noi lavoreremo per sviluppare una tecnologia che ci consenta di diffondere la medicina personalizzata a tutto il sistema sanitario, in modo che chiunque vi possa accedere».



© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN INGHILTERRA

Un figlio per due: coppia di donne si passa la capsula con l'embrione

«Maternità condivisa» è la tecnica di fecondazione assistita attraverso cui due mesi fa è nato Otis, figlio di una coppia di donne britanniche, Jasmine e Donna Francis-Smith. La procedura, sperimentata nel 2010 e poi collaudata in Svizzera, Spagna, Belgio e Regno Unito, prevede che l'ovulo fecondato venga incapsulato e tenuto in gestazione dalla madre per un periodo limitato – 18 ore nel caso di Otis – per essere poi prelevato e trasferito nell'utero dell'altra, che condurrà la gravidanza. Costo: 6mila sterline. Lo scopo è dare a ciascuna delle donne la possibilità di provare l'«esperienza emozionale della maternità». Nel 2018 la rivista «BioMedicine» ha mostrato che il successo della tecnica, sempre più richiesta da coppie omosessuali, non supera il 60%. (A.Nap.)

INTERVISTA AL BIOETICISTA E TEOLOGO PADRE PAOLO BENANTI

«Il medico è insostituibile ma deve usare la tecnologia»

«Laddove l'intelligenza artificiale aiuta il medico a decidere meglio e non si sostituisce al medico» è uno strumento prezioso. I pericoli arrivano se invece la «finalità è economica, e l'intelligenza artificiale è sostitutiva dell'atto umano». Parola di padre Paolo Benanti, teologo, esperto di bioetica e nuove tecnologie e membro della task force del Ministero dello Sviluppo per l'intelligenza artificiale. Tra gli ultimi libri *Le macchine sapienti. Intelligenze artificiali e decisioni umane* (Marietti) e *Oracoli. Tra algoritmica e algocrazia* (Sossella Editore). **A che condizioni l'intelligenza artificiale è una risorsa medica?** Ci sono strumenti tecnologici che consentono di aiutare il medico a individuare lo studio pubblicato

che meglio descrive il caso che ha davanti. Esistono poi applicazioni con cui possiamo riconoscere con lo smartphone alcune patologie. Nei Paesi in cui mancano specialisti l'intelligenza artificiale può aiutare il medico, ma senza sostituirlo. **C'è un aspetto su cui tenere una vigilanza più consapevole?** Occorre vigilare sui casi in cui si vuole sostituire il medico con l'intelligenza artificiale o nelle situazioni in cui l'intelligenza artificiale non è applicata per aiutare il medico a scegliere ma per risparmiarlo. Ossia, laddove la finalità è solo quella economica, sostitutiva dell'atto umano. **Che rapporto hanno i medici con i nuovi sistemi?** Il vero problema è che l'intelligen-

za artificiale sta arrivando come forma di innovazione, ma l'innovazione è un termine molto ambiguo. Occorre creare strumenti che contribuiscano al bene dei pazienti e della società, forme di sviluppo che mettano al centro i valori etici, che sono fondamentali. Nell'epoca dell'intelligenza artificiale dobbiamo ripensare la figura del medico e il significato della medicina: si apre un nuovo campo multidisciplinare in cui non c'entrano solo la tecnica e la scienza ma anche tutte quelle discipline che hanno a che fare con l'uomo e con il valore della dignità della persona umana. **Stiamo appaltando parti della vita agli algoritmi. Va tutto bene?** Sono dati che rimangono per sempre in un server e che potrebbero diventare uno strumento di squilibrio economico. I dati non si consumano ma possono essere riutilizzati infinite volte, aggregati ad altri per ottenere un vantaggio enorme. Dobbiamo capire chi può gestire: il medico, l'ospedale, il paziente... **Come sarà l'ospedale del 2030?** Si aprono scenari molto diversi a seconda del tipo di sviluppo dell'intelligenza artificiale. Uno degli interrogativi è se essa procurerà l'estinzione del medico. Secondo me, no. Ma il medico che la userà farà estinguere il medico che non la usa. (G.Mel.)



© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'analisi

MAURO COZZOLI

UNA RIVOLUZIONE E MOLTI SCENARI

Negli ultimi anni la disponibilità di un'enorme quantità di dati, unita a un'imponente capacità di calcolo informatico, hanno dato luogo a sistemi che prendono il nome di «intelligenza artificiale»: espressione dell'abilità di un computer a svolgere funzioni e operazioni proprie della mente umana, compiendo scelte autonome. Dispone di tecnologie in grado di surrogare le capacità cognitive e decisionali umane solleva questi etici ineludibili, perché la posta in gioco è alta e globale. La rivoluzione digitale avviata da queste macchine è pervasiva, a un livello di comprensione dell'uomo e del mondo. Siamo invasi ormai da dispositivi con capacità di calcolo, memoria e connessione dati che estendono e sostituiscono le nostre facoltà. Pensiamo al vivere comune, a smartphone, social network e app che formano il corredo irrinunciabile del vivere oggi. I nostri ragazzi ne sono avvinati fin dalla prima infanzia. E noi adulti con loro: iperconnessi in un «world wide web», una ragnatela globale di informazioni che prende forma di infosfera. Al cui interno ci muoviamo come organismi informativi, di cui è espressione l'acronimo «infor». Tutto questo sono e fanno le intelligenze artificiali, in grado di influire in tutti gli ambiti e le sfere del vissuto ma con incidenza ed esiti non tutti uguali e parificabili, a motivo della diversa posta in gioco. Diversità data dal beneficio e dal rischio umano. È diverso l'affidamento a un'intelligenza artificiale nel gioco a scacchi, nella guida autonoma di una macchina, nella robotizzazione di un'arma, nell'emissione di una sentenza. Sono diverse le conseguenze del possibile errore. Di qui l'uso prudente di queste macchine intelligenti, frutto di una cultura educativa volta a coniugare insieme «tecne» e «humanitas».

Un ambito considerevole di applicazione delle intelligenze artificiali, a elevato tasso d'incidenza umana, è la medicina, dove il referente è sempre una persona, in situazione critica: la malattia. Con il convegno dell'11 dicembre su «Opportunità e rischi dell'Intelligenza artificiale in medicina» Fondazione Policlinico Universitario Gemelli e Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica riflettono su benefici e vantaggi, sfide e incognite, infrastrutture e sistemi normativi di cui la sanità deve dotarsi per gestire l'applicazione di intelligenze artificiali in un'ottica di ottimizzazione e umanizzazione delle cure. Il meeting è articolato in tre sessioni: Verso il dominio dell'algoritmo? Quali futuri possibili per la medicina? Come governare l'intelligenza artificiale? con relatori come Roberto Cingolani, Paolo Benanti, Mauro Ferrari e Massimo Chiriacchi. Al dibattito partecipano scienziati ed esperti in machine learning, esponenti di aziende leader nel settore biomedicale e delle Information and Communication technology, di istituzioni nazionali ed europee, delle università ecclesiastiche, del Policlinico Gemelli e della Facoltà. La sequenza di interventi e dibattiti è ravvivata da cortometraggi in tema. Conclude monsignor Edgar Peña Parra, arcivescovo sostituto per gli Affari generali della Segreteria di Stato della Santa Sede. Conduce la giornalista Barbara Gasperini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le difficoltà ci inducono a ricalcolare la strada

MARCO VOLERI



Ingannare il cervello umano è facile: basta trovare la giusta prospettiva. Oggetti che sembrano reali visti sotto un punto di vista diverso svelano l'inganno. E non succede solo con gli oggetti. Simone, sessantatré anni, parla con un amico riguardo a una promozione lavorativa. «Sapevo che avrei potuto arrivare all'obiettivo annuale di realizzare trentadue eventi formativi e ne sarei stato felice. Qualche settimana fa mi è arrivata un'email dalla direzione, c'era scritto che avrei dovuto fare quarantacinque eventi. Ero felicissimo! Poi, qualche giorno dopo, è arrivata la seconda email. Gli eventi erano in realtà trentadue, c'era stato un errore di calcolo. Quello che sarebbe stato un momento di felicità si è trasformato in un attimo di delusione». Basta un attimo. Cambia la prospettiva, e la felicità diventa altro. Così come può accadere il contrario, come racconta Alessandro: «Da quando mi è stata diagnosticata la fibromialgia è cambiato tutto nella mia vita. Mi sento quasi in imbarazzo a dirlo: sono più socievole, amo finalmente la vita,

l'ottimo per lasciare il segno in qualche modo. Prima non ero così». Cambiare prospettiva spesso è solo un limite dettato dalla paura, perché la nostra mente è già abituata a essere sorpresa da nuove interpretazioni della realtà. Nella vita quotidiana siamo arricchiti dalle nostre difficoltà, spesso non ce ne rendiamo conto. Siamo quotidianamente obbligati a ricalcolare il percorso, a studiare una nuova strada per arrivare alla meta. La stessa cosa succede con i dispiaceri che incontriamo sul nostro percorso. Diversi per peso, colore, intensità. Diversi per percezione. Eppure sono tutte occasioni di crescita. Certo, egoisticamente sarebbe meglio che certe cose non succedessero mai. Eppure chi ha sofferto qualcosa è sempre più completo. Il cambio di prospettiva risiede anche nella obbligatorietà di scavare nella nostra anima. Simone e Alessandro si incontrano una sera per andare a giocare a bowling. Tra un tiro e l'altro si scambiano gioie e delusioni, ignorando completamente cosa ci sia dietro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sintomi di felicità

SU INIZIATIVA DEL GOVERNO

In Francia parte un «Comitato pilota» sull'etica del digitale. Da tecnici, giuristi, medici e filosofi linee guida per il futuro

Il dibattito in Francia sulla revisione della normativa bioetica ha fatto emergere più che mai quanto cruciali sia oggi la posta in gioco legata all'intelligenza artificiale, tenendo anche conto delle variegate e controverse rivendicazioni tecnoscientifiche talora riassunte dall'espressione «uomo aumentato». In corrispondenza con il lancio nazionale del dispositivo *Health data hub*, collettore informatico dei dati sanitari francesi, il Comitato consultivo nazionale d'etica ha appena creato un «Comitato pilota d'etica del digitale», su richiesta del premier Edouard Philippe. Fra i 27 membri figurano specialisti del digitale, giuristi, medici, filosofi, esponenti del mondo politico e imprenditoriale. La missione principale riguarderà proprio «le poste in gioco etiche del digitale e dell'intelligenza artificiale». Fra i primi temi di riflessione, le diagnosi mediche che impiegano largamente sistemi concepiti tramite l'intelligenza artificiale. In ef-

fetti, sono prevedibili situazioni anche di divergenza fra gli orientamenti automatizzati elaborati a partire da algoritmi e le impressioni dei medici chiamati a restare garanti della diagnosi finale. Il nuovo comitato dovrà pure vigilare sulle eventuali pressioni sulle banche dati sanitarie da parte dei grandi gruppi dell'economia digitale, che spesso ricavano i propri profitti proprio dalla compravendita di dati. Anche il gruppo di lavoro sulla bioetica della Conferenza episcopale francese, nel volume *Bioetica. Che mondo vogliamo? Discernere le poste in gioco d'umanità*, ha appena sottolineato la potenziale influenza della rivoluzione digitale su molti interrogativi etici e medici tradizionali, sullo sfondo dell'immutato dovere di mantenere la bioetica al servizio della fratellanza.

Daniele Zappalà

© RIPRODUZIONE RISERVATA