

LA CURA CHE L'ALGORITMO NON CONOSCE

IL TEMA La “Magnifica humanitas” offre strumenti per una riflessione sull’impatto dell’Intelligenza artificiale nella medicina come sulla sua azione nello spazio della fragilità umana e della relazione di cura. Con una certezza

Paolo Benanti - Avvenire 11 giugno 2026

C'è una domanda che la *Magnifica humanitas* pone al numero 129 con la voce di Giovanni Paolo II: l'Intelligenza artificiale rende la vita umana sulla terra più umana? Più degna dell'uomo? In nessun ambito questa domanda è più urgente che in medicina, dove il confine tra tecnologia e cura, tra efficienza e compassione, tra calcolo e presenza si assottiglia fino a diventare invisibile. Ed è precisamente su questo confine che l'enciclica di Leone XIV offre non risposte consolatorie ma strumenti di discernimento che ogni professionista della salute dovrebbe avere presenti.

Il punto di partenza è antropologico, e vale la pena riprenderlo con precisione. L'enciclica afferma, ai numeri 118-120, che la limitazione non è un errore evolutivo da correggere ma il luogo in cui emergono la compassione, la generosità e la capacità di relazione autentica. Un algoritmo, per quanto sofisticato, non attraversa il dolore, non abita la malattia, non porta nel proprio corpo l'esperienza della fragilità: e questa assenza non è un difetto tecnico da superare con un modello più potente, ma la struttura stessa che lo rende radicalmente altro rispetto al clinico che siede di fronte a un paziente. La relazione terapeutica non è un canale neutro di trasmissione di informazioni cliniche: è un atto che richiede la presenza corporea, la capacità di leggere il silenzio, di sostenere la paura, di calibrare la speranza – tutto ciò che si impara attraverso l'esperienza dell'essere umani, non attraverso l'addestramento su dataset. Il documento non lo dice per svalutare gli strumenti digitali: lo dice per chiarire che cosa non possono fare, e dunque per quali funzioni non possono sostituire il giudizio umano.

La traduzione in termini sanitari è immediata. Il numero 103 dell'enciclica afferma che affidare a un algoritmo decisioni su chi merita accesso alle cure significa produrre «un'ingiustizia silenziosa» in cui la compassione scompare dall'orizzonte istituzionale. Non è un'esagerazione retorica: è la descrizione di ciò che la letteratura scientifica ha documentato con rigore crescente. Una revisione sistematica del 2024 relativa a trenta studi distribuiti su un decennio ha rilevato che gli algoritmi clinici tendono ad amplificare le disparità razziali nelle cure: tempi di attesa più lunghi, tassi di successo minori nella previsione degli esiti di salute mentale, sottodiagnosi sistematica nelle popolazioni nere e ispanica. Un caso documentato con precisione riguarda algoritmi che usavano i costi sanitari storici come proxy del bisogno di cura, concludendo erroneamente che i pazienti neri fossero più sani dei pazienti bianchi a parità di patologia – perché su di loro era stato speso storicamente di meno. Il bias non era nel codice: era nei dati, e i dati rispecchiano strutture di ingiustizia che nessun algoritmo neutralizza da solo.

Il numero 178 dell'enciclica affronta un nodo specifico che nel campo sanitario ha implicazioni dirette: quello dei dati demografici, epidemiologici e genetici raccolti nelle regioni a basso reddito. «Chi possiede i dati sanitari di intere popolazioni – oggi raccolti

spesso sotto il segno dell'aiuto, della ricerca o dell'innovazione – possiede in realtà una leva strutturale sul futuro». La proprietà dei dati sanitari non è una questione tecnica di Gdpr: è una questione di giustizia distributiva che determina chi beneficia delle scoperte rese possibili da quei dati e chi ne rimane escluso. Il numero 108 lo dice senza eufemismi: la proprietà dei dati «non può essere affidata solo a privati, ma va regolamentata».

Da questi nodi discendono linee operative che il quadro normativo italiano ed europeo ha già in parte accolto. La legge italiana 132 del 2025 stabilisce che i sistemi di IA in sanità costituiscono un supporto diagnostico e terapeutico, «ma la decisione finale resta sempre al medico»: è la traduzione normativa di ciò che l'enciclica chiama il mantenimento della catena di responsabilità umana. Il Regolamento sullo Spazio europeo dei Dati sanitari, in vigore dal 2025, introduce un regime di accesso strutturato che – se applicato nel suo spirito – avvicina il principio della destinazione universale dei beni al settore sanitario. La Piattaforma nazionale di IA in Sanità, gestita da Agenas con risorse Pnrr, prevede funzioni di validazione degli algoritmi e certificazione del rischio: un modello che risponde alla richiesta di trasparenza e *accountability* che l'enciclica avanza al numero 107. L'architettura istituzionale comincia a esistere; ciò che manca è la volontà politica di abitarla con coerenza.

Magnificare l'umano in medicina non significa rinunciare agli strumenti digitali: significa non consentire che la logica dell'ottimizzazione algoritmica sostituisca l'atto terapeutico fondamentale, che è la presenza di un essere limitato di fronte a un altro essere limitato. L'algoritmo può individuare il nodulo che la radiografia aveva mancato, può suggerire la terapia statisticamente più efficace per quel profilo genetico, può ottimizzare i percorsi di cura in un pronto soccorso sovraffollato. Non può, tuttavia, guardare negli occhi un paziente che ha paura e abitare con lui quel confine in cui la scienza incontra il mistero. Leone XIV non lo chiama efficienza. Lo chiama, con parola che la medicina conosce bene, cura.