

ATENEIO VENETO

Rivista di scienze, lettere ed arti

Atti e memorie dell'Ateneio Veneto



ATENEO VENETO onlus
Istituto di scienze, lettere ed arti
fondato nel 1812
213° anno accademico

Campo San Fantin 1897, 30124 Venezia
tel. 0415224459
<http://www.ateneoveneto.org>

presidente

Antonella Magaraggia

vicepresidente

Filippo Maria Carinci

segretario accademico

Alvise Bragadin

tesoriere

Giovanni Anfodillo

delegato affari speciali

Paola Marini



1 8 1 2

ATENEO VENETO

Rivista semestrale di scienze, lettere ed arti
Atti e memorie dell'Ateneo Veneto
CCXII, terza serie 24/II (2025)

Autorizzazione del presidente
del Tribunale di Venezia,
decreto n. 203, 25 gennaio 1960
ISSN: 0004-6558
iscrizione al R.O.C. al n. 10161

direttore responsabile

Michele Gottardi

direttore scientifico

Gianmario Guidarelli

segreteria di redazione

Silva Menetto, Carlo Federico Dall'Omo

e-mail

rivista@ateneoveneto.org

comitato di redazione

Antonella Magaraggia, Shaul Bassi,
Linda Borean, Michele Gottardi,
Filippo Maria Paladini,
Simon Levis Sullam

comitato scientifico

Michela Agazzi, Bernard Aikema,
Antonella Barzazi, Fabrizio Borin,
Giorgio Brunetti, Donatella Calabi,
Ilaria Crotti, Roberto Ellero,
Patricia Fortini Brown, Martina Frank,
Augusto Gentili †, Michele Gottardi,
Michel Hochmann, Mario Infelise,
Mario Isnenghi, Paola Lanaro,
Maura Manzelle, Paola Marini, Piero Martin,
Stefania Mason, Letizia Michielon,
Daria Perocco, Dorit Raines,
Michelangelo Savino, Antonio Alberto Semi,
Luigi Sperti, Elena Svalduz, Xavier Tabet,
Camillo Tonini, Alfredo Viggiano,
Guido Zucconi

Progetto grafico e impaginazione

Livio Cassese

Stampa

Grafiche Veneziane soc. coop.
Spedizione in abbonamento

Copyright

© Ateneo Veneto

Tutti i diritti riservati



REGIONE DEL VENETO

Iniziativa regionale realizzata in attuazione
della L.R. n. 17/2019 – art. 32

INDICE

SAGGI

- 9 Jean-Claude Hocquet, *The salt pans of Chioggia, which flourished in 1200, disappeared in 1553?*
- 37 Emanuele Castoldi, *Un'inedita 'cappella Barbarigo' o del presbiterio di Santa Maria degli Angeli di Murano*
- 53 Alice Zitelli, *Apri a Venezia una galleria di fotografia permanente*

AI, ETICA E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE IN AMBITO CLINICO

- 73 Giorgio Bolla, *AI as Tool for Amplifying Knowledge. L'Intelligenza Artificiale come strumento per il guadagno di conoscenza*
- 77 Alessandro Sperduti, *Intelligenza Artificiale e medicina*
- 97 Massimiliano Badino, *Umani e macchine: verso un'etica integrata?*
- 115 Daniele Rodriguez, *Medico, paziente, Intelligenza Artificiale: una relazione a tre*
- 129 Leopoldo Pagliani, *Intelligenza Artificiale e diagnostica: innovazioni e sfide future in cardiologia. L'evoluzione della medicina cardiovascolare attraverso l'intelligenza artificiale: dalla diagnosi tradizionale alla medicina personalizzata del futuro*

PREMIO "ACHILLE E LAURA GORLATO" GORLATO 2025

- 145 Elisabetta Dalla Giustina, *Garantire la tranquillità domestica: questioni familiari e polizia nel Ducato di Venezia (1798-1805)*

Tavole

Atti dell'Ateneo Veneto

Appendice: organigramma, codice etico, pubblicazioni

Medico, paziente, Intelligenza Artificiale: una relazione a tre

1. La relazione medico-paziente: i presupposti

La relazione con il medico è attivata dal paziente con la finalità di disporre di un supporto tecnico-scientifico propedeutico alle proprie scelte in materia di salute.

Nella relazione, il punto di vista tecnico-scientifico del medico è valutato dal paziente rispetto ai propri valori, desideri, bisogni, aspirazioni.

La scelta del paziente è comunque determinata dalle indicazioni del medico.

La presente riflessione si basa su due presupposti, sui quali non vi è disaccordo in Letteratura, anche se non consta che essi siano stati enunciati nei precisi termini di seguito riportati.

La relazione medico-paziente:

I. è condotta in conformità ai quattro principi della bioetica di Beauchamp e Childress¹: autonomia, beneficienza, non maleficenza, giustizia;

II. comporta ascolto, lealtà, onestà, fiducia da parte di entrambi.

Circa il requisito della trasparenza, è pacifico che essa debba caratterizzare la condotta del medico, al quale sono appunto richieste dal paziente informazioni tecniche precise ed esaustive; è opinabile che anche il paziente debba essere altrettanto trasparente dichiarando al medico il proprio sistema di valori. Dal punto di vista del paziente, si

1 TL. BEUCHAMP, JF. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, 1979, New York, Oxford University Press, *passim*.

prospettano due eventualità schematiche:

- il paziente decide di riferirsi al medico con finalità di mera conoscenza;
- il paziente sceglie di realizzare con il medico un rapporto paritario al fine di condividere con lui una scelta in materia di diagnosi, riabilitazione/terapia, cura.

Solo in quest'ultimo caso è necessario che il paziente manifesti al medico il proprio sistema di valori.

La modalità di relazione che costituisce l'attuale abituale paradigma di riferimento è la seconda e ad essa farò prevalente riferimento in questo scritto.

2. L'autonomia del medico e del paziente nella loro relazione

Nella relazione medico-paziente si confrontano le rispettive autonomie: quella del medico, di esprimere il proprio giudizio tecnico-scientifico con valutazioni conformi alle prove di evidenza scientifica, alle raccomandazioni delle linee guida accreditate, alle buone pratiche clinico-assistenziali e quella del paziente di vagliare le indicazioni del medico alla luce, come già riferito, dei propri valori, desideri, bisogni, aspirazioni.

I due partner della relazione devono saper integrare le loro autonomie nel rispetto dei loro specifici ruoli.

L'integrazione delle autonomie può essere resa difficile per vari motivi, e in particolare perché:

- alcuni medici ancora mantengono un atteggiamento paternalistico e tendono ad influenzare le scelte del paziente in base ad un proprio sistema di valori non necessariamente coincidente con quello del paziente;
- alcuni pazienti, che rifiutano l'autorità epistemica della scienza o che ritengono scientifiche tesi che tali non sono, manifestano la volontà di fare le proprie scelte senza tener conto delle indicazioni del medico.

La relazione medico-paziente, se ben condotta nel rispetto dell'autonomia di entrambi, favorisce l'espressione di scelte condivise

su diagnosi, terapia/riabilitazione e cura. La cura si colloca nella prospettiva delle scelte condivise quale obiettivo peculiare e caratterizzante; essa va intesa come risposta adeguata, professionalmente qualificata, ai valori, ai bisogni (esistenziali, emotivi, psicologici, sociali), ai desideri e alle aspirazioni del paziente che devono essere pertanto resi noti al medico.

3. Le scelte condivise e la trasparenza

Va chiarito il concetto di scelte condivise, locuzione enfaticamente adottata in letteratura e nella normativa.

La relazione medico-paziente può concludersi con scelte del paziente, di volta in volta diverse, riconducibili a queste tipologie schematiche:

- adesione totale del paziente alle indicazioni di scienza del medico, la realizzazione delle quali è in sintonia con il sistema di valori del paziente;
- adesione parziale del paziente alle indicazioni di scienza del medico, nella parte in cui esse sono coerenti con il sistema di valori del paziente;
- rifiuto del paziente delle indicazioni di scienza del medico, perché in contrasto con il sistema di valori del paziente e le sue valutazioni.

Appurato che il paziente abbia compreso le informazioni fornite dal medico, ciascuna di queste scelte va accettata dal medico, in quanto espressione dell'autodeterminazione del paziente.

La condivisione della scelta del paziente da parte del medico comporta una sua adesione e approvazione, cioè una maggior partecipazione rispetto all'ineludibile e scontata accettazione. Da ciò discende la necessità che il medico sia posto a conoscenza del sistema di valori del paziente che ne hanno determinato la scelta.

Se l'obiettivo è la condivisione delle scelte e non la "semplice" accettazione da parte del medico, allora la trasparenza, di cui si è poco sopra discusso, è requisito indefettibile che va garantito da entrambi i soggetti della relazione medico-paziente².

2 Possibili soluzioni pratiche sono presentate in: G. ELWYN, D. FROSC, R. THOMSON ET AL., *Shared decision making: a model for clinical practice*, «Journal of general internal medicine» 27 no 10 (2012), pp. 1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-

4. Le relazioni del medico e del paziente con l'AI

Nella realtà, sono possibili due eventualità.

Nella prima, medico e paziente, rispettivamente, stabiliscono relazioni, per conto proprio e autonomamente, distinte e separate, con sistemi di intelligenza artificiale [AI] per finalità differenti:

- il medico, per avere un supporto tecnico-scientifico per la definizione della diagnosi e della terapia/riabilitazione;
- il paziente, per avere risposte a domande in materia di diagnosi e di terapia/riabilitazione³.

Nella seconda eventualità, medico e paziente si rapportano a sistemi di AI, oltre che come persone indipendenti a prescindere da una loro relazione, anche quando si sia instaurata la loro relazione⁴:

- il paziente per avere un ulteriore punto di vista oltre a quello del medico;
- il medico per avere notizie ulteriori rispetto a quelle a sua conoscenza.

In quest'ultima eventualità, alle problematiche connesse all'utilizzo della AI⁵ si aggiungono quelle che interferiscono nella dinamica

2077-6; MJ. BARRY, S. EDGMAN-LEVITAN, *Shared decision making--pinnacle of patient-centered care*, «The New England journal of medicine» 366, no. 9 (2012), pp. 780-781. doi:10.1056/NEJMp1109283.

3 Si veda, per esempio: D. SCHNEIDER, W. LIEDTKE, AD. KLAUSEN ET AL., *Indecision on the use of artificial intelligence in healthcare-A qualitative study of patient perspectives on trust, responsibility and self-determination using AI-CDSS*, «Digital Health» 11 (2025), 20552076251339522. doi:10.1177/20552076251339522.

4 L. BORGHI, AG. GERLI, E. VEGNI, *La medicina centrata sul paziente nell'era dell'intelligenza artificiale: quali possibili implicazioni e rischi?* «Recenti progressi in medicina» 116, no. 3 (2025), pp. 142-149. doi:10.1701/4460.44553.

5 Per trattazioni organiche del tema, si vedano: K. BAUER, *Cybermedicine and the moral integrity of the physician-patient relationship*, «Ethics and Information Technology» 6 (2004), pp. 83-91; A. BROOM, *Virtually he@lthy: the impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship*, «Qualitative health research» 15, no 3 (2005), pp. 325-345; E. MURRAY, B. LO, L. POLLACK ET AL., *The impact of health information on the Internet on health care and the physician-patient relationship: national U.S. survey among 1.050 U.S. physicians*, in «Journal of Medical Internet Research» 5, no 3 (2003), p. 17 doi: 10.2196/jmir.5.3.e17; R. SACCÀ, R. TURRINI, F. AUSANIA ET AL, *The ménage à trois of healthcare: the actors in after-AI era under patient consent*, «Frontiers in medicine» 10 (2024), 1329087. doi:10.3389/fmed.2023.1329087; L. BORGIA, F. STROLLO, *Aspetti giuridici e bioetici dell'Intelligenza Artificiale con particolare riferimento alla relazione medico-paziente. La prospettiva comunitaria nel recente regolamento europeo*, «Archivio giuridico online» III, no 1 (2024), pp. 196-238.

della relazione medico-paziente⁶ - che diviene relazione a tre - sulle quali intendo specificamente soffermarmi.

4.1 La scelta dello strumento di AI adeguato

È fondamentale che i sistemi di AI utilizzati siano adeguatamente testati e supportati da valide prove scientifiche. È infatti possibile che nel sistema utilizzato siano presenti algoritmi distorti⁷, anche se la raccomandazione dell'OECD⁸ per promuovere lo sviluppo e l'utilizzo responsabile dell'intelligenza artificiale in sanità prevede che i sistemi di AI rispettino i requisiti di robustezza, sicurezza e affidabilità e la guida del WHO⁹, il Regolamento Europeo¹⁰ e le Ethics Guidelines for Trustworthy AI¹¹ elaborate dal Gruppo di Esperti di Alto Livello sull'Intelligenza Artificiale (AI HLEG) nominato dalla Commissione Europea¹² si esprimano in senso analogo.

Qualora medico o paziente intenda avvalersi della IA come fonte di conoscenza, l'accertamento di questi requisiti è responsabilità del primo a tutela del paziente ed è di utilità per il secondo al fine di disporre di informazioni attendibili e diventa quindi responsabilità del paziente verso se stesso.

- 6 SR. MILFORD, *Accuracy is inaccurate: Why a focus on diagnostic accuracy for medical chatbot AIs will not lead to improved health outcomes*, «Bioethics» 39 no 2 (2025), pp. 163-169. doi:10.1111/bioe.13365.
- 7 P. BENANTI, *Oracoli. Tra algoretica e algocrazia*. Luca Sossella Editore. Roma, 2018, *passim*.
- 8 OECD, *Recommendation of the Council on Artificial Intelligence*. (2024) <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/oecd-legal-0449>.
- 9 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Ethics and governance of artificial intelligence for health Guidance on large multi-modal models*. (2024) <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375579/9789240084759-eng.pdf?sequence=1>.
- 10 UE, *Regolamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 13 giugno 2024*. «Gazzetta ufficiale dell'Unione europea» serie L, 12.7.2024. (2024) https://www.europeanrights.eu/public/norme_europee/Regolamento_UE_su_intelligenza-artificiale.pdf
- 11 HIGH LEVEL EXPERT GROUP ON AI, *Ethics Guidelines for trustworthy AI*. (2019) <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/ethics-guidelines-trustworthy-ai>.
- 12 NA. SMUHA, *The EU Approach to Ethics guidelines for trustworthy Artificial Intelligence*, «Computer Law Review International» 4 (2019), pp. 97-106; A. FISKE, D. TIGARD, R. MÜLLER ET AL., *Embedded Ethics could help implement the pipeline model framework for machine learning healthcare applications*, «The American Journal of Bioethics» 20, no. 11 (2020), pp. 32-35. doi.org/10.1080/15265161.2020.1820101.

Per tale accertamento, occorre che il medico abbia competenza non solo clinica ma anche nell'ambito dell'AI, competenza non solo generica ma specificamente attinente allo strumento utilizzato¹³.

Tale competenza può essere ottenuta solo con una specifica formazione¹⁴, finalizzata alla comprensione delle modalità decisionali degli strumenti di AI. È opinabile che questa formazione possa essere gestita dall'AI stessa¹⁵.

È da escludere l'utilizzo di sistemi di AI a scatola nera che non consentono la spiegabilità del loro funzionamento e delle loro decisioni. La spiegabilità è la possibilità per chi usa un sistema basato sull'intelligenza artificiale di ricostruire il motivo per cui l'intelligenza artificiale ha presentato determinate elaborazioni. Il funzionamento interno del sistema deve poter essere compreso dagli esseri umani¹⁶. La raccomandazione OECD¹⁷ e la guida WHO¹⁸ prevedono la trasparenza e la spiegabilità dei sistemi di AI.

- 13 L'argomento è approfondito in: L. SCHUITMAKER, J. DROGT, M. BENDERS ET AL., *Physicians' required competencies in AI-assisted clinical settings: a systematic review*, «British medical bulletin» 153, no. 1 (2025), pp. 1-12. doi:10.1093/bmb/ldae025.
- 14 Sulla formazione si soffermano, tra gli altri: K. LOMIS, P. JEFFRIES, A. PALATTA ET AL., *Artificial Intelligence for Health Professions Educators*, «NAM perspectives» 10 (2021), 31478/202109a. doi:10.31478/202109a A. SAUERBREI, A. KERASIDOU, F. LUCIVERO ET AL., *The impact of artificial intelligence on the person-centred, doctor-patient relationship: some problems and solutions*, «BMC Med Inform Decis Mak» 23, no 1 (2023), pp. 73-87. doi:10.1186/s12911-023-02162-y; PF. KATSAKIORI, GC. KAGADIS, F. MULITA ET AL., *Implementing Artificial Intelligence in Family Medicine: Challenges and Limitations*, «Cureus» 16 no 12 (2024), e75518. doi:10.7759/cureus.75518; K. AL-ROOMI, S. ALZAYANI, A. ALMARABHEH ET AL., *Familiarity and Applications of Artificial Intelligence in Health Professions Education: Perspectives of Students in a Community-Oriented Medical School*, «Cureus» 1, no 11 (2024), e73425. doi:10.7759/cureus.73425.
- 15 Per una riflessione in tema: C. RABBITO, CM. PETRINI, AV. GADDI ET AL., *Considerazioni sul bias nella pedagogia medica basata su AI*, «Tutor» 24, no 1 (2025), pp. 78-79. doi.org/10.13135/1971-8551/11030.
- 16 Fra i molti, si confrontino: J. AMANN, A. BLASIMME, E. VAYENA ET AL., *Explainability for artificial intelligence in healthcare: a multidisciplinary perspective*. BMC Med Inform Decis Mak. 20 no 1 (2020): 310-318. doi:10.1186/s12911-020-01332-6; E. HILDT. *What Is the Role of Explainability in Medical Artificial Intelligence? A Case-Based Approach*, «Bioengineering (Basel)» 12, no 4 (2025): 375. doi:10.3390/bioengineering12040375.
- 17 OECD, *Recommendation of the Council on Artificial Intelligence*. (2024) <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/oecd-legal-0449>.
- 18 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Ethics and governance of artificial intelligence for health Guidance on large multi-modal models*. (2024) <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375579/9789240084759-eng.pdf?sequence=1>.

I pazienti, anche quando hanno un atteggiamento responsabile e intendono avvalersi di strumenti scientificamente adeguati¹⁹, difficilmente sono in grado di valutare se i sistemi di AI ai quali si rivolgono rispettino i requisiti di robustezza, sicurezza e affidabilità.

Molti pazienti si rivolgono alla AI;

- senza aver riflettuto sulle proprie responsabilità;
- senza conoscere le modalità decisionali dello strumento che utilizza;

- senza consapevolezza di ciò;

- accettandone acriticamente il responso.

In base a queste osservazioni, pare opportuno promuovere un sistema di educazione del paziente²⁰ all'uso responsabile della IA.

4.2 I rischi della relazione con l'AI

La relazione con l'AI - del medico o del paziente - ha dunque valore limitato, o addirittura nullo, se il sistema utilizzato non è adeguatamente testato e supportato da valide prove scientifiche²¹.

Esiste comunque - anche quando il sistema utilizzato è scientificamente affidabile - il duplice rischio che l'AI, coinvolta nella definizione della diagnosi e/o della terapia/riabilitazione:

- assuma di fatto un ruolo direttivo rispetto al giudizio sia del medico sia del paziente limitando la loro autonomia;

- non prenda in considerazione gli aspetti relativi alla cura.

Se il medico o il paziente si rapporta a sistemi di AI nei casi in cui si sia già instaurata la loro relazione, siffatto ruolo direttivo della AI snaturerebbe, nelle fondamenta, il processo che porta alle scelte condivise²², indirizzando verso la decisione sostenuta dalla AI, che

19 Si veda, per esempio: F. NUCCETELLI, V. GABELLONE, F. MARSANO ET AL., *The use of artificial intelligence in healthcare as perceived by the citizens and patients: a narrative review of the literature*, «European journal of public health» 35, no 6 (2025), pp. 1092-1099. doi:10.1093/eurpub/ckaf189.

20 Il tema è valutato in: JY. RHEE, P. MILLER, Z. TENTOR ET AL., *A qualitative study with patients, care-partners, clinicians, and bioethicists to identify ethical considerations of artificial intelligence tools in palliative care*, «Palliative medicine» 2026, 2692163251409290. Advance online publication. doi:10.1177/02692163251409290.

21 Sui passaggi necessari per la certificazione si confronti: M. NEHME, F. SCHNEIDER, E. AMRUTHALINGAM ET AL. *Chatbots in medicine: certification process and applied use case*, «Swiss medical weekly» 154 (2024), p. 3954. doi:10.57187/s.3954.

22 Analoghe riflessioni in: G. LORENZINI, L. ARBELAEZ OSSA ET AL., *Artificial in-*

trascura - perché non li conosce - valori, bisogni, desideri e aspirazioni del paziente.

Esistono già ricerche che esplorano come l'IA possa aiutare a personalizzare i trattamenti in base alle caratteristiche genetiche uniche di ogni individuo²⁵, ma non risulta che garantiscano l'autonomia della persona (medico o paziente).

4.3 Come superare i rischi nella relazione a tre: medico-paziente-AI

Stanti i rischi poco sopra prospettati, prima di instaurare una relazione con l'AI, medico e paziente, congiuntamente se già in relazione fra loro, isolatamente al di fuori di una loro relazione, devono chiarire - a sé e al partner - il significato e gli obiettivi e stabilire regole per il suo svolgimento.

Pare velleitario immaginare che nella pratica possa realizzarsi un accordo formale fra i due su significato, obiettivi e regole dell'utilizzo della AI. Un accordo sostanziale può comunque essere raggiunto fra paziente e medico previa informazione al partner dell'intenzione di avvalersi di un sistema di AI e sulle relative garanzie e acquisizione del suo consenso.

5. L'informazione al partner dell'intenzione di avvalersi di un sistema di AI

La lealtà che informa la relazione medico-paziente impone dunque di dichiarare anticipatamente al partner l'intenzione di avvalersi di un sistema di AI.

telligence and the doctor-patient relationship expanding the paradigm of shared decision making, «Bioethics» 37 no 5 (2023), pp. 424-429. doi:10.1111/bioe.13158

25 P. KOLH, S. BELLAVIA, *Médecine du futur et de la technologie. L'intelligence artificielle, nouveau scalpel de la médecine. 2ème partie : applications médicales, défis et perspectives*, «Revue medicale de Liege» 80 no 11 (2025), pp. 735-744.

5.1 Le informazioni del medico al paziente: aspetti generali

Il medico può affidare i dati del paziente, che ha scelto di instaurare con lui - e solo con lui - la relazione, ad un sistema di AI a condizione di aver ottenuto il consenso del paziente stesso, dopo avergli fornito le pertinenti informazioni²⁴ e garantito che la loro relazione non ricadrà nel “modello strumentale” - il medico non subirà cioè le decisioni dello strumento - citato da Emanuel e Emanuel²⁵.

5.2 Le informazioni del medico al paziente: aspetti particolari

Il medico che intenda avvalersi di un sistema di AI per la tutela della salute del paziente indicherà al paziente stesso:

- di quale supporto si tratta;
- la propria competenza nell’ambito dell’AI;
- la propria competenza circa lo specifico sistema di AI che utilizzerà;
- su quali evidenze scientifiche lo strumento di AI si basa;
- se l’utilizzo dello strumento è finalizzato alla formulazione tassativa e autonoma di una diagnosi e/o di una terapia/riabilitazione oppure a supportare una diagnosi e/o terapia/riabilitazione elaborata dal medico;
- se il medico è in grado di individuare eventuali pregiudizi ed errori (casuali e sistematici) dello strumento;
- per quali ragioni il medico ritiene opportuno/necessario avvalersi del supporto della AI (maggior rapidità e/o maggior accuratezza della AI; insufficiente competenza del medico);
- quali informazioni sul paziente il medico intende fornire al sistema di AI;
- quale tutela della riservatezza è garantita.

Tali informazioni sono dunque fornite dal medico al paziente,

24 Sul dovere di informazione (oltre che sull’autorità decisionale e l’allocazione delle responsabilità) si sofferma: C. ZHANG, *The legal dilemma of medical artificial intelligence in China: challenges to physicians’ duty to inform and a typology-based response*, «Frontiers in public health» 13 (2026), 1747635. doi:10.3389/fpubh.2025.1747635.

25 Gli Autori ammettono, con diverso favore, solo i seguenti modelli: paternalistico, informativo, interpretativo, deliberativo; si confronti: EJ. EMANUEL, LL. EMANUEL, *Four Models of the Physician-Patient Relationship*, «JAMA» 267 no 16 (1992), pp. 2221-2226. doi:10.1001/jama.1992.03480160079038.

che valuterà se dare il consenso all'utilizzo del sistema di AI.

Analoghe informazioni sono comunque fornite al paziente a posteriori, qualora il medico abbia utilizzato il sistema di AI senza previo consenso del paziente, ancorché fosse già in atto una relazione di cura.

Il paziente deve avere la certezza dell'impegno del medico ad evitare che l'AI si intrometta nella loro relazione subdolamente, indirizzando le valutazioni e le proposte del medico nel senso della scelta migliore secondo le informazioni detenute dallo strumento, privilegiando gli aspetti di diagnosi e terapia-riabilitazione e trascurando l'obiettivo fondamentale della cura.

5.3 La scelta del paziente se informare il medico dell'intenzione di avvalersi di un sistema di AI

Il paziente è libero (con responsabilità almeno verso se stesso) di gestire per conto proprio (in sicurezza) i propri dati con un sistema di AI e di scegliere se informare il medico.

Tuttavia, la mancata informazione al medico della relazione paziente-AI contrasta - come considerato nel paragrafo 3 - con la lealtà e la trasparenza della relazione medico-paziente finalizzata ad una scelta condivisa.

La scelta del paziente, di informare il medico che intende consultare o che ha già consultato la AI, va completata con la comunicazione al medico delle ragioni alla base della consultazione della AI.

Non vi è motivo che il medico dia il proprio consenso alla consultazione della AI da parte del paziente; il medico potrà comunque suggerire al paziente di utilizzare uno strumento con i necessari requisiti di robustezza, sicurezza e affidabilità.

6. Il valore della relazione medico-paziente stante la relazione con l'AI

Il valore della relazione medico-paziente e l'obiettivo di pervenire a decisioni condivise fra i due possono essere mantenuti, se

le difficoltà dovute al fatto che è subentrata la relazione (di uno o di entrambi) con l'AI saranno non solo dichiarate ma anche pienamente superate.

Il ricorso alla AI, nell'ambito di una relazione abitualmente a due, pur se dichiarato e consentito (dal paziente), può comunque incidere sul rapporto di fiducia, per esempio:

- del paziente verso il medico, o perché le informazioni raccolte dal paziente mettono in dubbio la competenza del medico o perché quest'ultimo ha il bisogno di confrontarsi con la AI;
- del medico verso il paziente, perché il medico avverte come mancanza di fiducia la necessità del paziente di avvalersi della AI.

Il venir meno - totale o parziale - della fiducia può generare ansia²⁶ e complicare la relazione.

Se si ha la volontà di ricostruire la relazione, il soggetto che avverte il calo di fiducia, dovrà manifestare i propri dubbi in modo esplicito all'altro, che a sua volta dovrà valutare in modo trasparente le osservazioni.

Si tratta di una situazione nuova. Se in passato le difficoltà legate alla relazione medico-paziente erano dovute a caratteristiche, qualità e atteggiamenti di uno dei due partecipanti, ora il fattore di crisi è un soggetto esterno, alla cui presenza - ed al significato che acquisisce nella relazione - i due (anche chi introduce la AI nella relazione) non sono preparati.

7. Visioni ottimistiche della relazione sincronica a tre medico-paziente-AI

Constano visioni ottimistiche della relazione sincronica a tre medico-paziente-AI, in quanto è prospettata una progettazione incentrata sulla persona che protegga il rapporto medico-paziente²⁷.

Esistono processi basati sulla AI che hanno l'obiettivo di «facilitare» il raggiungimento della scelta condivisa.

I cosiddetti strumenti di conversazione sono progettati come

26 In tema si veda: W. LI, X. LIU, *Anxiety about artificial intelligence from patient and doctor-physician*, «Patient education and counseling» 133 (2025), 108619. doi:10.1016/j.pec.2024.108619.

27 D. AGUR COHEN, AD. HEYMAN, I. LEVKOVICH, *Partners in Practice: Primary Care Physicians Define the Role of Artificial Intelligence*, «Healthcare (Basel)» 13 no 6 (2025), p. 1972. doi:10.3390/healthcare13161972.

guida durante l'incontro fra medico e paziente.

Questi strumenti di conversazione:

- gestiscono informazioni medico-scientifiche;
- si propongono, al contempo, come strumento di identificazione della scelta adatta agli obiettivi e bisogni del paziente.

Questi strumenti di conversazione entrano dunque nell'intimo della scelta di cura.

L'utilizzo concordato fra medico e paziente di tali strumenti di conversazione deve fondarsi:

- sul convincimento di entrambi che esistono ragioni oggettive per rinunciare alla relazione di cura «a due»;
- sulla certezza che la AI esprima una valutazione scevra da pregiudizi, non attui manipolazioni, si astenga da suggestioni orientate verso una scelta e rispetti i bisogni e le aspirazioni del paziente.

L'integrazione dell'intelligenza artificiale sembra poter influenzare positivamente il rapporto medico-paziente, riducendo l'asimmetria informativa, aumentando l'autonomia del paziente e trasformando la tradizionale struttura di interazione dualistica medico-paziente in una struttura di interazione basata sulla triade medico-paziente-AI.

È tuttavia da considerare che l'utilizzo concordato fra medico e paziente degli strumenti di conversazione dimostra:

- la incapacità del medico e del paziente di sviluppare la relazione di cura sulla base delle loro specifiche risorse e competenze;
- l'illusione che questa relazione possa svilupparsi grazie all'intervento della AI, che non si vede come possa promuovere dette risorse e competenze astenendosi dalla loro manipolazione.

8. Considerazioni conclusive

Il rapporto medico-paziente è stato storicamente gravato da una asimmetria, determinata dalla posizione di conoscenza scientifica e dal ruolo paternalistico del medico, che condizionava le valutazioni e le scelte del paziente

L'asimmetria nel rapporto medico-paziente era in fase di superamento, grazie al miglioramento della comunicazione reciproca e al

riconoscimento, rispettivamente da parte del paziente e del medico, della responsabilità del medico e del principio della *voluntas aegroti* quale *suprema lex*.

Tale processo di superamento non è stato certo favorito dalla nascita dei nuovi rapporti a due medico-AI e paziente-AI né da quello a tre medico-paziente-AI.

In questi nuovi rapporti è possibile che si creino nuove asimmetrie, distribuite in una scala gerarchica, strutturata secondo le «conoscenze» di ciascuno e che può tradursi in una gerarchia anche di potere decisionale al vertice della quale sta l'AI.

Occorre che paziente e medico abbiano consapevolezza che la «conoscenza» dell'AI:

- va verificata;
- non comporta potere decisionale.

L'obiettivo è che la scelta di cura resti del paziente e che possa basarsi su relazioni, a due o a tre, trasparenti e prive di condizionamenti gerarchici.

ABSTRACT

Nella relazione col medico il paziente valuta, per supportare le scelte di salute, il punto di vista tecnico-scientifico del medico. La condivisione delle scelte del paziente comporta la adesione e approvazione del medico. Essi possono rapportarsi alla AI, sia come persone indipendenti, sia nell'ambito della loro relazione. Occorre utilizzare sistemi di AI supportati da prove scientifiche ed educare medico e paziente all'uso responsabile della IA.

Vi è il rischio che l'AI, tesa alla diagnosi e alla terapia, assuma un ruolo direttivo, limiti l'autonomia di medico e paziente e non consideri la cura, quale risposta qualificata ai valori e ai bisogni del paziente.

Va dichiarata anticipatamente al partner l'intenzione di avvalersi della AI. Il medico deve ottenere il consenso del paziente, garantendogli che non subirà le decisioni della AI. È proposto il dettaglio delle informazioni che il medico fornirà al paziente.

Sono possibili asimmetrie, distribuite in una gerarchia di potere decisionale secondo le «conoscenze» di ciascuno. La «conoscenza» dell'AI va verificata e non comporta potere decisionale.

La scelta di cura resta del paziente.

In the relationship with the doctor, the patient considers the doctor's technical and scientific perspective to support his or her healthcare decisions. Sharing the patient's decisions implies the doctor's agreement and approval. They can interact with AI both as independent individuals and within their relationship. It is necessary to use AI systems supported by scientific evidence and to educate both doctor and patient about the responsible use of AI.

There is a risk that AI, aimed at diagnosis and treatment, may assume a managerial role, limiting the autonomy of both doctor and patient, and failing to consider care as a qualified response to the patient's values and needs.

The intention to use AI must be declared to the partner in advance. The doctor must obtain the patient's consent, assuring them that they will not be subject to the AI's decisions. The details of the information the doctor will provide to the patient are described.

Asymmetries are possible, distributed according to a hierarchy of decision-making power based on each partner's "knowledge." AI's "knowledge" must be verified and does not imply decision-making power.

The choice of care remains with the patient.