

Direttore

Silvano TAGLIAGAMBE

Università degli Studi di Sassari

Comitato scientifico

Jesús Timoteo ÁLVAREZ †

Universidad Complutense de Madrid

Dario ANTISERI

Libera Università Internazionale degli Studi Sociali “Guido Carli” (LUISS) di Roma

Gilberto CORBELLINI

Sapienza – Università di Roma

Roberto GIUNTINI

Università degli Studi di Cagliari

Amit HAGAR

Indiana University

FILOSOFIA DELLA SCIENZA

Il vero viaggio di scoperta
non consiste nel cercare nuovi orizzonti
ma nell'avere occhi nuovi.

— Marcel PROUST

Alla base di questa collana vi sono due idee guida. La prima è che i confini tra le discipline sussistano soprattutto per il piacere (e l'esigenza) di varcarli e che questa istanza sia più forte di qualsiasi implacabile "polizia di frontiera", tesa a impedire la libera interazione e lo scambio dialogico tra i diversi campi del sapere. Valeva ieri per la teoria di Copernico e per quella di Darwin, vale, a maggior ragione, oggi per le frontiere della cosmologia o per quelle della biologia e della fisica, per non parlare dell'informatica o dell'alta tecnologia. La seconda idea è che la filosofia più interessante, come amava ripetere Ludovico Geymonat, è quella che si annida nelle pieghe della scienza, per cui è a quest'ultima, nelle sue diverse articolazioni e nei suoi svariati indirizzi, che vanno al di là di ogni artificiosa barriera tra "scienze della natura" e "scienze umane", che bisogna guardare per dare una risposta seria e credibile ad alcune delle grandi domande che la filosofia si è posta nel corso del suo sviluppo storico.

In questo quadro generale i singoli contributi che vengono proposti sono tutti contrassegnati da frequenti segni d'interpunzione metaforici, per stimolare quel tipo di lettura di cui parla Wittgenstein nei suoi Pensieri diversi: «Con i miei numerosi segni d'interpunzione io vorrei rallentare il ritmo della lettura. Perché vorrei essere letto lentamente». Non sono libri "usa e getta", da affrontare in maniera fugace e sbrigativa. Sono opere che esigono di essere lette seguendo e facendo propria la bellissima (e sempre attuale) massima attribuita a Svetonio, che è un richiamo all'importanza della meditazione: «Festina lente».

Classificazione Decimale Dewey

— 610.1 (23.) MEDICINA E SALUTE. Filosofia e teoria

Thema

— Soggetto: MB. Medicina e sanità. Argomenti di interesse generale

— Qualificatori: 3MR. XXI secolo, 2000-2100

ENZO GROSSI

OLTRE LA MEDICINA

LE VIE UMANE DELLA CURA





ISBN
979-12-218-2984-6

PRIMA EDIZIONE
ROMA 19 OTTOBRE 2026

INDICE

- 11 *Prefazione*
- 13 *Antefatto*
- 15 Capitolo I
Il fattore umano nell'era dei robot
1.1. La rivoluzione silenziosa, 16 – 1.2. La diagnosi è solo l'inizio. La cura è tutto ciò che viene dopo, 16 – 1.3. Empatia: la conoscenza che nasce dal corpo, 17 – 1.4. Giudizio critico: la bussola nell'incertezza, 17 – 1.5. Coscienza morale: la zona grigia della cura, 18 – 1.6. La relazione terapeutica come luogo della cura, 19 – 1.7. Una collaborazione, non una competizione, 19.
- 21 Capitolo II
La relazione terapeutica come competenza insostituibile dalla IA
2.1. La relazione come spazio di significato, 23 – 2.2. La fiducia come fondamento della cura, 23 – 2.3. La comunicazione come strumento terapeutico, 23 – 2.4. La presenza come cura, 24 – 2.5. La relazione come competenza clinica, 24 – 2.6. La relazione nell'era dell'IA, 24 – 2.7. La relazione come futuro della medicina, 25.
- 27 Capitolo III
Le diverse facce della cura
3.1. La cura come atto di conoscenza e come processo interpretativo, 27 – 3.2. La cura come pratica culturale, 29 – 3.3. La cura come relazione di comprensione, 30 – 3.4. La cura come spazio di trasformazione e come dialogo tra

- vulnerabilità, 31 – 3.5. La cura come spazio di risonanza, 33 – 3.6. La cura come forma di presenza, 36 – 3.7. La cura come spazio di continuità, 38.
- 43 Capitolo iv
Le parole che curano: la comunicazione come medicina
4.1. La comunicazione come atto clinico, 43 – 4.2. La medicina narrativa: ascoltare per curare, 45.
- 49 Capitolo v
La cura attraverso la comunità
- 53 Capitolo vi
Curare con la musica: neuroscienze, emozioni e relazioni
6.1. La musica nelle varie fasi della vita, 55 – 6.2. La musica come cura, 55 – 6.3. La musica come collante sociale, 57.
- 59 Capitolo vii
La lettura come antidoto per il cervello
- 63 Capitolo viii
La scrittura come comunità silenziosa
- 67 Capitolo ix
Storytelling e benessere degli operatori sanitari
9.1. Raccontare per elaborare, 68 – 9.2. La narrazione come spazio di condivisione, 69 – 9.3. La narrazione come prevenzione del burnout, 69 – 9.4. La narrazione come cura dell'identità, 70 – 9.5. La narrazione come futuro della formazione sanitaria, 70 – 9.6. La narrazione come cura degli operatori, 71.
- 73 Capitolo x
La natura guarisce: il ritorno a ciò che siamo
10.1. La natura come regolatore biologico, 74 – 10.2. La natura come spazio emotivo, 74 – 10.3. La natura come cura della mente, 75 – 10.4. La natura come spazio di guarigione, 75 – 10.5. La natura come cura della solitudine, 75 – 10.6. La natura come memoria evolutiva, 76 – 10.7. La natura come medicina del futuro, 76 – 10.8. Healing gardens e psicologia ambientale: quando lo spazio diventa cura, 77 – 10.9. Lo spazio che parla al corpo, 77 – 10.10. Lo spazio che parla alla mente, 78 – 10.11. Lo spazio che parla alle emozioni, 78 – 10.12. Healing gardens, 79 – 10.13. Shinrin-yoku: il bagno nella foresta, 81 – 10.14. La foresta come organismo vivente, 81 – 10.15. La foresta come regolatore dello stress, 82 – 10.16. La foresta come spazio mentale e come cura

- della solitudine, 82 – 10.17. La foresta come cura della memoria evolutiva e come medicina del futuro, 83 – 10.18. Il paesaggio come specchio emotivo: la geografia interiore del benessere, 83 – 10.19. Il paesaggio come regolatore biologico come cura della mente, 84 – 10.20. Il paesaggio come cura della memoria e della solitudine, 85 – 10.21. Il paesaggio come cura della comunità, 85 – 10.22. Conclusioni, 86.
- 87 Capitolo xi
 Volontariato: quando il bene diventa cura
 11.1. Il volontariato come risposta alla vulnerabilità, 90 – 11.2. Il volontariato come cura della solitudine, 91 – 11.3. Il volontariato come cura della comunità, 91 – 11.4. Il volontariato come cura di sé, 92 – 11.5. Il volontariato come cura delle emozioni, 92 – 11.6. Il volontariato come medicina del futuro, 92.
- 95 Capitolo xii
 L'esercizio fisico condiviso: il movimento che crea legami
 12.1. Il movimento che avvicina: la biologia dell'incontro, 95 – 12.2. Il movimento che scioglie la solitudine: la medicina della presenza, 96 – 12.3. Il movimento come regolatore emotivo: la fisiologia del passo, 96 – 12.4. Il movimento come cura integrata: corpo, mente, relazione, 98 – 12.5. Il movimento come futuro della cura, 98.
- 101 *Per approfondire*
- 105 *Bibliografia*

PREFAZIONE

Viviamo in un tempo in cui la medicina cambia più velocemente della nostra capacità di comprenderla. L'intelligenza artificiale entra nei reparti, la tecnologia ridisegna il lavoro clinico, la comunicazione si frammenta, la natura si allontana dalle nostre vite quotidiane, le comunità si indeboliscono. Eppure, proprio mentre tutto sembra diventare più complesso, emerge con forza una verità antica: la cura è, prima di tutto, un'esperienza umana.

Questo libro nasce da anni di osservazione clinica, ricerca scientifica e dialogo con professionisti, famiglie, pazienti, comunità. Nasce dall'intuizione che la salute non è solo un fatto biologico, ma un equilibrio dinamico tra corpo, mente, relazioni, ambiente, cultura. Nasce dalla convinzione che la medicina del futuro non potrà limitarsi a integrare nuove tecnologie, ma dovrà recuperare – e potenziare – le dimensioni che ci rendono umani: empatia, ascolto, creatività, narrazione, appartenenza, bellezza.

I capitoli formano un percorso unitario: un viaggio attraverso le molte forme della cura, dalle neuroscienze alla musica, dalla natura alla comunicazione terapeutica, dal volontariato alla psicologia ambientale, fino alla sfida etica dell'intelligenza artificiale.

Non è un libro tecnico, né un manuale. È un invito. A guardare la cura con occhi nuovi. A riconoscere la forza delle relazioni. A riscoprire ciò che la scienza conferma e l'esperienza clinica insegna: che la salute nasce dall'incontro tra persone, contesti, storie, emozioni.

Se la tecnologia può aiutarci a curare meglio, è l'umanità che ci permette di curare davvero.

ANTEFATTO

LA MEDICINA PERSONALIZZATA SENZA PERSONA

Nell'articolo *The imperative of the person in personalized medicine* pubblicato dal gruppo di Horwitz sulla rivista *Communications Medicine* (2025), si affronta una contraddizione che attraversa la medicina contemporanea: mentre la medicina personalizzata prometteva di unire la comprensione molecolare della malattia con l'attenzione alla persona che la vive, nella pratica clinica questa seconda dimensione è stata progressivamente oscurata. Gli autori ricordano che la tradizione medica, da Peabody a Osler, ha sempre riconosciuto che “the secret to the care of the patient is caring for the patient”, e che il medico deve vedere “the man in his world”. Tuttavia, l'attuale declinazione della precision medicine sembra aver dimenticato proprio quel mondo, concentrandosi quasi esclusivamente su geni, mutazioni e bersagli terapeutici.

Per mostrare cosa si è perso, gli autori tornano a uno dei primi esempi di medicina personalizzata: lo studio sul linfoma diffuso a grandi cellule B. In quell'occasione, la classificazione molecolare dei tumori aveva permesso di distinguere due forme biologicamente diverse della malattia, ma il passo decisivo era stato integrare questi dati con le caratteristiche cliniche dei pazienti, come età, performance fisica e comorbidità. Solo combinando biologia del tumore e biografia clinica del paziente si otteneva una vera capacità predittiva. Questo equilibrio, che avrebbe dovuto guidare l'evoluzione della medicina personalizzata, si è invece progressivamente inclinato verso una

visione riduzionista, in cui la personalizzazione coincide con la profilazione genetica della malattia.

Gli autori mostrano che questa impostazione è insufficiente. La risposta ai trattamenti non dipende solo dalle mutazioni di KRAS o EGFR, ma da fattori individuali che modellano la fisiologia nel tempo: l'età, l'ancestry genetica, le comorbidità, la capacità funzionale. E soprattutto dipende dalla biografia, intesa come l'insieme delle esperienze emotive, sociali, psicologiche e ambientali che plasmano la biologia di una persona. Un recente studio su pazienti con carcinoma polmonare trattati con immunoterapia ha dimostrato che chi presentava distress emotivo prima del trattamento aveva una sopravvivenza libera da progressione quasi dimezzata rispetto ai pazienti non stressati. "Participants who reported emotional stress... had significantly shorter median progression-free survival", scrivono gli autori, mostrando come lo stato emotivo si traduca in modificazioni endocrine e immunologiche capaci di influenzare la risposta terapeutica.

Questa interdipendenza tra vissuto e biologia è sostenuta da concetti come l'allostatic load, che descrive l'adattamento fisiologico allo stress cronico, e dall'epigenetica ambientale, che mostra come esperienze sociali prolungate possano lasciare segni molecolari stabili. Persino modelli animali, come lo studio sui moscerini della frutta isolati socialmente, rivelano che l'ambiente sociale può modificare comportamento e espressione genica, suggerendo che la biografia non è un elemento accessorio, ma una componente strutturale della fisiologia.

La conclusione degli autori è un invito a ricomporre ciò che la medicina di precisione ha separato: la biologia della malattia e la biografia della persona. Non è sufficiente differenziare un tumore sulla base delle sue mutazioni per dichiarare che la cura è personalizzata. La vera personalizzazione richiede di integrare dati molecolari, clinici, psicologici e sociali, utilizzando strumenti analitici avanzati per orientare decisioni terapeutiche che siano davvero calibrate sull'individuo. Solo così la medicina potrà mantenere la promessa originaria della precision medicine: non una terapia "su misura" per la malattia, ma una cura che riconosce la complessità della persona che quella malattia la vive.

CAPITOLO I

IL FATTORE UMANO NELL'ERA DEI ROBOT

L'ingresso dell'intelligenza artificiale nella medicina non è più un annuncio futuristico né un esercizio di immaginazione. È un fatto quotidiano, quasi banale nella sua normalità. Le tecnologie che fino a pochi anni fa sembravano confinate ai laboratori di ricerca oggi abitano gli ospedali, le cliniche, gli ambulatori, le case dei pazienti. Non fanno rumore: si insinuano nelle procedure, nei protocolli, nelle decisioni. Leggono immagini radiologiche con una precisione sorprendente, suggeriscono diagnosi complesse, analizzano migliaia di articoli scientifici in pochi secondi. Sono strumenti potenti, rapidi, instancabili.

Eppure, più la medicina diventa sofisticata, più emerge un paradosso che nessun algoritmo può sciogliere: la tecnologia amplia le possibilità, ma solo l'umano dà loro un senso. La cura non è un processo tecnico, ma un incontro tra due vulnerabilità. È un gesto che nasce nella relazione, non nell'elaborazione di un pattern. È un atto che richiede sensibilità, intuizione, capacità di leggere segnali che non compaiono in nessun dataset. È, in fondo, un'esperienza umana prima ancora che clinica.

In un mondo che corre verso l'automazione, la domanda cruciale non è se l'intelligenza artificiale sostituirà il medico, ma che cosa rende il medico insostituibile. È una domanda che non riguarda solo la professione, ma la natura stessa della cura.

1.1. La rivoluzione silenziosa

Negli ultimi anni, l'IA ha compiuto un salto qualitativo che ha sorpreso persino gli esperti. Modelli generativi e sistemi di deep learning hanno dimostrato di poter superare l'essere umano in compiti specifici: riconoscere anomalie radiologiche, analizzare pattern complessi, prevedere rischi clinici con una precisione che, in alcuni contesti, supera quella degli specialisti. È una rivoluzione silenziosa, perché non si manifesta con clamore, ma con efficienza.

Un pomeriggio di primavera, in un pronto soccorso del Nord Italia, un giovane medico specializzando si trova davanti a un caso che sembra semplice: una donna di cinquant'anni con dolore toracico atipico. L'algoritmo di triage, alimentato da migliaia di casi simili, suggerisce un rischio basso. La paziente appare tranquilla, parla con lucidità, non ha fattori di rischio evidenti. Eppure, mentre la donna risponde alle domande, il medico nota un dettaglio: un microtremore alle mani, una tensione del collo, un modo di respirare che non coincide con la narrazione. Decide di approfondire. L'ECG mostra un'anomalia minima, quasi invisibile. Il test enzimatico conferma un infarto in fase iniziale. L'algoritmo aveva ragione per il 99% dei casi, ma non per quel caso. Il medico aveva visto ciò che la macchina non poteva vedere.

1.2. La diagnosi è solo l'inizio. La cura è tutto ciò che viene dopo

La gestione clinica richiede di scegliere tra diverse opzioni ragionevoli, valutando rischi, benefici, preferenze del paziente, contesto familiare, fragilità emotive, vissuti personali. Richiede di comprendere quando un paziente non è pronto per una certa informazione, quando una paura nascosta condiziona l'aderenza terapeutica, quando un silenzio pesa più di una domanda. L'IA può analizzare dati, ma non può interpretare significati. Può riconoscere pattern, ma non può riconoscere la paura.

1.3. Empatia: la conoscenza che nasce dal corpo

Negli ultimi anni, alcune ricerche hanno mostrato che, in contesti testuali, le risposte dei chatbot possono essere percepite come più empatiche di quelle degli operatori sanitari. È un dato sorprendente, ma ingannevole. L'empatia autentica non coincide con la capacità di produrre una frase rassicurante. È un processo neurobiologico complesso che coinvolge la simulazione delle emozioni, la lettura del linguaggio non verbale, la comprensione del contesto, l'esperienza vissuta, la capacità di attribuire significato alla sofferenza dell'altro, aspetti che saranno trattati nei capitoli successivi.

Un algoritmo può generare parole di conforto, ma non può sentire la sofferenza. E la sofferenza, per essere curata, deve essere riconosciuta.

Una mattina d'inverno, in un reparto di oncologia, un medico entra nella stanza di un uomo di settant'anni che ha appena ricevuto una diagnosi difficile. L'uomo non parla. Guarda fuori dalla finestra, immobile. L'IA ha già elaborato il piano terapeutico ottimale: una combinazione di farmaci, un calendario di controlli, una previsione statistica di risposta. Tutto perfetto, tutto razionale. Ma il medico non inizia a spiegare. Si siede accanto al letto, in silenzio. Dopo qualche minuto, l'uomo dice: «Non so come dirlo a mia moglie». È lì che comincia la cura. Non nel protocollo, ma nella relazione.

La bioeticista Anna Kerasidou ha ricordato che fiducia, compassione e relazione di cura rimangono elementi non delegabili alla macchina. La differenza tra simulare un'emozione e viverla è la differenza tra un gesto tecnico e un gesto umano.

1.4. Giudizio critico: la bussola nell'incertezza

La medicina contemporanea è un mare di informazioni. Ogni giorno vengono pubblicati migliaia di articoli scientifici, linee guida, revisioni. La tecnologia può analizzarli, ma non può decidere quali siano rilevanti per quel paziente, in quel momento, con quella storia. Il giudizio critico è la capacità di navigare l'incertezza, di scegliere tra opzioni ragionevoli, di comprendere quando una decisione apparentemente corretta non è quella giusta per quella persona.

In un ambulatorio di neurologia, una giovane donna arriva con una serie di sintomi vaghi: stanchezza, difficoltà di concentrazione, dolori migranti. L'IA propone una lista di diagnosi probabili, tutte statisticamente plausibili. Ma il medico nota qualcosa nel modo in cui la donna descrive i sintomi: una esitazione, un tentativo di minimizzare, un accenno a un periodo di stress familiare. Decide di esplorare quella pista. La diagnosi finale non è una malattia neurologica, ma una depressione mascherata. Nessun algoritmo avrebbe potuto cogliere quel dettaglio, perché quel dettaglio non era nei dati: era nella persona.

Il giudizio critico è ciò che impedisce alla medicina di diventare un esercizio di statistica. È la capacità di vedere oltre il dato, di cogliere ciò che non è misurabile, di interpretare ciò che non è scritto.

1.5. Coscienza morale: la zona grigia della cura

La cura non è solo una decisione tecnica: è una decisione etica. Ogni scelta clinica implica una responsabilità. Le decisioni umane non sono il semplice risultato di un pattern di informazioni analizzate dal cervello, ma sono guidate da reazioni emotive, valori personali, intuizioni profonde, ciò che comunemente chiamiamo “sensazioni viscerali”.

In un reparto di terapia intensiva, un medico si trova davanti a una scelta difficile: continuare un trattamento aggressivo su un paziente che non risponde più, o sospenderlo. L'IA suggerisce di proseguire: le linee guida indicano che c'è ancora una possibilità, seppur minima. Ma il medico conosce la famiglia, conosce il paziente, conosce la sua storia. Sa che quella possibilità non è una speranza, ma un prolungamento della sofferenza. Decide di fermarsi. È una decisione che nessun algoritmo può prendere, perché nessun algoritmo può comprendere il significato umano di quel momento.

La coscienza morale è ciò che rende la cura un atto umano. È ciò che permette al medico di assumersi la responsabilità di una decisione, di sostenere il peso di un dubbio, di accettare la complessità di una situazione che non ha una risposta giusta, ma solo una risposta umana.

1.6. La relazione terapeutica come luogo della cura

La relazione terapeutica è il luogo in cui la medicina diventa cura. È il luogo in cui il paziente si sente visto, ascoltato, riconosciuto. È il luogo in cui la vulnerabilità trova uno spazio sicuro.

In un centro di salute mentale, un adolescente entra per la prima volta in seduta. L'IA ha già analizzato i questionari, ha identificato i fattori di rischio, ha proposto un percorso terapeutico. Ma il ragazzo non parla. Tiene lo sguardo basso, le mani in tasca. Il terapeuta gli chiede se vuole sedersi dove preferisce. Il ragazzo sceglie una poltrona vicino alla finestra. È un gesto minimo, ma è un inizio. La cura comincia lì, in quella scelta, in quel microspazio di autonomia. Nessuna macchina può costruire quel tipo di fiducia.

La relazione terapeutica è una competenza, non un accessorio. È una forma di conoscenza che nasce dall'esperienza, dall'intuizione, dalla capacità di stare accanto a qualcuno nel momento della fragilità. È ciò che trasforma un'informazione in una cura.

1.7. Una collaborazione, non una competizione

Il limite dell'IA non è tecnico: è antropologico. La cura richiede presenza, ascolto, relazione. La medicina del futuro non sarà una competizione tra umano e macchina, ma una collaborazione in cui la tecnologia amplifica ciò che l'umano può fare – senza sostituirlo.

L'IA può essere un alleato straordinario, ma solo se riconosciamo i suoi confini. La vera sfida del domani non sarà competere con le macchine sul loro terreno, ma coltivare ciò che nessun algoritmo può replicare: il giudizio, l'etica, la capacità di comprendere e creare relazioni.

In questa epoca di tutto subito è più che mai necessario ricordare che la medicina è una disciplina che non può essere automatizzata. La cura è un atto umano. La tecnologia può riconoscere pattern, ma non può riconoscere la paura. Può suggerire una diagnosi, ma non può decidere come comunicarla. Può analizzare correlazioni, ma non può cogliere il peso di una storia familiare.

Nell'era dei robot, il medico non è meno necessario: è più necessario che mai. Perché la tecnologia amplia le possibilità, ma solo l'umano dà loro un senso.