



UNA NUOVA DEONTOLOGIA PER IL NUOVO RUOLO DEL MEDICO

Primi spunti di riflessione

ATTI DEL CONVEGNO NAZIONALE FNOMCeO
DEL 24 E 25 NOVEMBRE 2022

a cura
di Filippo Anelli e Elisabetta Pulice



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

INDICE

INTRODUZIONE

LE RAGIONI DELLA RIFORMA

di Filippo Anelli

IL PERCORSO DI RIFLESSIONE INTERDISCIPLINARE

di Elisabetta Pulice

DAGLI STATI GENERALI AD UNA NUOVA DEONTOLOGIA

di Ivan Cavicchi

CODICE DEONTOLOGICO E PROFILI DI RESPONSABILITÀ MEDICA

LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE TRA COSCIENZA E CODICE DEONTOLOGICO

di Patrizia Piccialli

CODICE DEONTOLOGICO E RESPONSABILITÀ CIVILE

di Giacomo Travaglino

RAPPORTO TRA DEONTOLOGIA PROFESSIONALE E RESPONSABILITÀ DISCIPLINARE

di Maurizio Grossi

IL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA SUL TAVOLO DEL P.M.

di Paolo Piras

ONE HEALTH E RELAZIONE DI CURA

ONE HEALTH NEL CODICE DEONTOLOGICO

di Fabio Cibella

RELAZIONE DI CURA E COMUNICAZIONE

di Patrizia Borsellino

IL VALORE DEL PATIENT ENGAGEMENT PER IL CODICE DEONTOLOGICO

di Guendalina Graffigna

COME COMUNICARE LA SALUTE

di Cesare Fassari

IL NODO DEI TEMI SENSIBILI NUOVI TRAGUARDI FRA DEONTOLOGIA E DIRITTO

di Raffaele Coppola

IL MEDICO NELLA RELAZIONE DI CURA

di Pasquale Giuseppe Macrì

IL MEDICO DEL FUTURO

di Gian Franco Gensini

NUOVO RUOLO DEL MEDICO E INTELLIGENZA ARTIFICIALE

TELEMEDICI? VANTAGGI E RISCHI DELLA TELEMEDICINA ASSISTITA DA INTELLIGENZA ARTIFICIALE

di Carlo Casonato

TRA BIG DATA E BIG BUSINESS

di Paolo Foglizzo

INTELLIGENZA ARTIFICIALE: DEFINIZIONE, PRINCIPI E PROSPETTIVE IN SANITÀ

di Lorenzo Leogrande

NUOVE TECNOLOGIE ED INTELLIGENZA ARTIFICIALE, L'IMPATTO SUL PERCORSO CLINICO-DIAGNOSTICO E SUL RAPPORTO CON IL PAZIENTE

di Riccardo Ferrari

PER UNA METODOLOGIA CLINICA IBRIDA

di Vittoradolfo Tambone

MEDICINA

di Sergio Barbieri

FORMAZIONE

IL RUOLO DELLA FORMAZIONE NEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

di Licia Montagna, Carlo Della Rocca e Marco Montorsi

**I PROFILI FORMATIVI PER IL MEDICO CHIRURGO IN ITALIA, TRA ETICA PROFESSIONALE E LE SFIDE
TECNOLOGICHE DELL'IMMEDIATO FUTURO**

di Giuseppe Familiari, Bruno Moncharmont, Linda Vignozzi e Stefania Basili

LA FORMAZIONE TRA NORMA E GIURISPRUDENZA

di Paola Frati

CONCLUSIONI DEL CONVEGNO

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

di Pierantonio Muzzetto

Introduzione

LE RAGIONI DELLA RIFORMA

di Filippo Anelli

Rinnovare il Codice di Deontologia Medica rappresenta sempre una sfida per la professione giacché comporta una profonda riflessione sulla natura dell'esser medico e sul ruolo che i medici, attraverso quest'antica arte professionale, svolgono nella nostra società nell'assicurare la salute, nel curare le malattie e nel lenire le sofferenze.

I medici, impegnati a superare il paternalismo medico del passato per approdare all'alleanza terapeutica, vivono quotidianamente con disagio quei mutamenti sociali e culturali della società che riguardano la loro professione. Si tratta di condizionamenti di carattere economico ed organizzativo che rendono frustrante l'esercizio professionale, come la cosiddetta medicina amministrata, espressione di scelte, priorità, non coerenti o addirittura in contrasto con quei principi che ispirano la professione e che sono ben rappresentati nel Codice di Deontologia Medica.

La scelta di aziendalizzare la sanità ed il servizio sanitario nazionale ha condizionato negativamente le finalità del sistema, mettendo al primo posto gli obiettivi di carattere economico rispetto a quelli di salute che dovrebbero, invece, essere il principale scopo del sistema. In questo modello i medici si trovano spesso costretti a subordinare la loro attività professionale ed assistenziale agli obiettivi economici imposti dal loro datore di lavoro, limitando conseguentemente le prestazioni. Questa è una delle ragioni che, sempre più frequentemente, determina l'insorgenza di episodi di violenza contro gli operatori sanitari, chiamati per dovere etico e deontologico a essere sempre accanto al malato, invece percepiti dal cittadino come coloro che limitano il soddisfacimento del loro bisogno di salute.

Anche lo stesso tema della responsabilità medica ed il fenomeno sempre più frequente relativo al ricorso alla magistratura penale per censurare l'operato del medico

è espressione di uno iato tra professione e società, che provoca disagio e la medicina difensiva.

Questa difficoltà di rapporto tra medico e società, il conseguente disagio per la professione medica che ne deriva ha portato alcuni studiosi a parlare di crisi del medico nella società moderna e della necessità di un cambiamento. Un cambio di passo appunto, un cambio di paradigma, intendendo per questo la necessità di rivedere la definizione del ruolo del medico ossia il passaggio da un professionista oggi preparato per curare la malattia ad un medico capace e formato per curare la persona.

Si tratta di un cambio di prospettiva radicale, capace di intercettare i bisogni della nostra società, legati anche ad una maggiore esigibilità da parte dei cittadini dei propri diritti, ma anche di adeguare la professione medica ai cambiamenti in atto derivanti dalla rivoluzione digitale e dalla necessità di preservare la natura e l'ambiente che ci circonda.

Prendersi cura della persona significa rispettare l'altro come persona che a noi si affida, preservare la sua dignità, rendere esigibili – grazie alle nostre competenze – i suoi diritti.

Un cambiamento che presuppone una profonda modifica anche dei percorsi formativi in grado di preparare un medico che possa utilizzare lo strumento della comunicazione come l'atto più importante per la cura del paziente.

Una tappa importante di questa riflessione, capace di avviare il processo riformatore e di cambiamento, sono stati gli Stati Generali della Professione Medica indetti nel 2018 dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO. Due anni intensi di incontri, dibattiti e riflessioni con la partecipazione di importanti settori della società civile, purtroppo bruscamente interrotti dalla pandemia Covid 19, hanno rappresentato in ogni caso un momento importante e propedeutico alla modifica del Codice di Deontologia Medica.

Il Covid 19 ha poi evidenziato l'importanza strategica della salute e della sua tutela nella nostra società, al pari della difesa dei confini o della sicurezza dei cittadini, ed il ruolo indispensabile della professione medica nel garantirla ad ogni persona e all'intera società. Il sacrificio di ben 380 medici ed odontoiatri, caduti a causa del covid, ha reso evidente l'importanza dei principi che ispirano la professione medica, condizionandola al bene della persona. "Ogni vita conta" è lo slogan che FNOMCeO ha utilizzato durante l'emergenza Covid per ringraziare tutti i medici che, avendo giurato di difendere la vita, non si sono risparmiati, nei reparti e sul territorio, per

salvare il numero più alto di pazienti. Ospedalieri, Pediatri, Specialisti ambulatoriali, Medici di famiglia, di continuità assistenziale, delle USCA, del 118, delle RSA, Odontoiatri: tutti si sono impegnati, ciascuno per la propria parte, per l'obiettivo comune di contenere gli effetti devastanti della pandemia.

Dalla pandemia è emersa con maggiore insistenza la necessità di un cambiamento del Codice di Deontologia. Un Codice che indichi chiaramente ai medici di domani che devono imparare a dedicare tempo al paziente, ad ascoltarlo, a rivalutare la singolarità dell'individuo, utilizzando la complessità degli strumenti a disposizione per giungere ad una presa in carico della persona nella sua interezza, perché il medico debba non solo curare le malattie attraverso la diagnosi e la terapia ma essere sempre più il medico della persona.

Un cambiamento che parta proprio da un confronto con la società civile, un "Board" di esperti: medici, giuristi, giornalisti, filosofi della medicina, per condividere le linee su cui intervenire per la modifica del Codice di Deontologia.

Quattro le direttrici sulle quali lavorare: i "nuovi" diritti, come l'autodeterminazione, il pluralismo culturale, la libertà della ricerca e della scienza; la comunicazione, intesa come rapporto medico paziente, con le altre professioni, e con l'esterno; le nuove tecnologie, tra le quali l'intelligenza artificiale, la robotica, la telemedicina; e la responsabilità, autonomia e rischio clinico, che riguarda, tra le altre cose, il conflitto di interesse e il rapporto tra il Codice e la Legge. Si tratta di tematiche che riguardano non solo i medici, ma l'intera società civile.

Filippo Anelli

Presidente FNOMCeO

IL PERCORSO DI RIFLESSIONE INTERDISCIPLINARE

di Elisabetta Pulice

Il *board* interdisciplinare e le prime fasi di riflessione sulla riforma

I contributi raccolti nel presente volume si basano prevalentemente sulle relazioni svolte dai componenti del “board interdisciplinare” in occasione del Convegno nazionale “Una nuova deontologia per il nuovo ruolo del medico” tenutosi a Roma il 24 e 25 novembre 2022.

Il “board interdisciplinare” (di seguito *board*) è composto da medici e professionisti esperti in vari settori rilevanti per l’attività medica, riuniti dalla FNOMCeO per avviare una riflessione interdisciplinare sulle nuove sfide in medicina e, quindi, sulle nuove esigenze di riforma del codice deontologico. Giuristi, bioeticisti, filosofi della medicina, ingegneri, psicologi, giornalisti ed esperti di comunicazione si sono così confrontati su molteplici tematiche, affrontate sia in riunioni comuni sia in gruppi di lavoro su questioni specifiche.

L’obiettivo è quello di fornire delle indicazioni per la riforma, la cui elaborazione in concreto spetta alla Consulta deontologica nel coordinamento con gli altri organi della FNOMCeO a ciò preposti.

Le prime riunioni del *board* sono state dedicate ad alcuni temi significativi in prospettiva di riforma, quali, ad esempio, la concezione ampia del diritto alla salute, che include, tra l’altro, l’ambiente e il concetto di *one health*; la comunicazione e la relazione di cura; l’intelligenza artificiale e le nuove tecnologie; il rapporto tra deontologia e diritto/i e la formazione. Le relazioni introduttive, affidate a esperti degli ambiti analizzati, hanno permesso di delineare il quadro delle principali problematiche aprendo a dibattiti e confronti che hanno fatto emergere ulteriori spunti di riflessione e profili da indagare. Il confronto è quindi proseguito in gruppi di lavoro per delineare linee di analisi più specifiche.

Com’è noto, un lavoro che non sia solo multidisciplinare ma si ponga come obiettivo un dialogo autenticamente interdisciplinare richiede un percorso graduale di

scambi e confronti reciproci – anche solo per coordinarsi su significati, concetti e prospettive di analisi – che lo rende più complesso ma ne garantisce il valore aggiunto e le potenzialità in termini di approfondimento delle indicazioni da trasmettere alla Consulta. Ciò vale a maggior ragione se si lavora su un tema, come quello del codice deontologico, che è molto specifico, date le peculiarità della normativa in discussione, ma al tempo stesso legato ad ogni aspetto dell'attività professionale.

Il convegno del novembre 2022 ha pertanto rappresentato un primo momento di confronto tra il *board* e i rappresentati della professione medica nell'ambito in un percorso più ampio e articolato di dialogo interdisciplinare, proseguito con ulteriori lavori e tuttora in corso.

Per concretizzare tale dialogo, la seconda fase delle riflessioni sulla riforma è stata caratterizzata da quattro gruppi di lavoro composti da componenti del *board* e da componenti della Consulta. Ogni gruppo aveva due referenti: un componente del Comitato centrale e uno della Consulta. La composizione dei gruppi ha permesso così di unire alla riflessione interdisciplinare un primo confronto tra due livelli decisionali interni all'istituzione ordinistica. In questa fase sono stati individuati quattro ambiti principali, anche alla luce delle considerazioni emerse nei primi lavori del *board*: diritti fondamentali; comunicazione, nella duplice prospettiva della comunicazione e informazione nel rapporto con la persona assistita e dell'informazione sociale, inclusi i profili legati alla telemedicina; nuove tecnologie e intelligenza artificiale; autonomia, responsabilità e rischio clinico. Alla formazione non è stato dedicato un gruppo specifico perché si è preferito affrontare in tutti i gruppi i profili formativi rilevanti.

I temi dei quattro gruppi di lavoro presentavano inevitabilmente punti di contatto e profili trasversali, che sono stati valorizzati e coordinati nel confronto tra prospettive di analisi diverse. Due erano, in particolare, i mandati in questa fase: individuare le problematiche, i principi e le esigenze di tutela per l'ambito affidato ad ogni gruppo e confrontare quanto individuato con il codice attualmente in vigore per valutare cos'è già presente, cosa può essere modificato, integrato o ulteriormente valorizzato.

Per entrambe le fasi dei lavori fin qui descritte è importante sottolineare che tra gli obiettivi non vi era una sintesi delle posizioni emerse, né tanto meno l'elaborazione di un'unica posizione del *board* e/o dei gruppi di lavoro. Benché, come si vedrà, siano emersi elementi comuni e condivisi da molti componenti del *board* fin dal primo convegno, si è preferito dare priorità alla raccolta della pluralità di posizioni, idee e prospettive di analisi espresse dal *board* nella diversità delle sue competenze e sensi-

bilità. Spetterà poi agli organi della Federazione e, in particolare, alla Consulta deontologica compiere le scelte ritenute più adatte a esprimere in articoli del Codice il comune sentire etico della categoria professionale.

La riforma tra nuove sfide e tutela dei diritti fondamentali

Le tematiche e le competenze in dialogo nel *board* rispecchiano la complessità della riflessione che la riforma di un codice deontologico inevitabilmente pone alla categoria professionale.

Una disciplina deontologica che voglia autenticamente svolgere il suo essenziale ruolo di guida per il professionista deve infatti riuscire a farsi carico delle nuove sfide ed esigenze di tutela che derivano tanto dagli sviluppi tecnico-scientifici quanto dall'evoluzione sul piano sociale e giuridico, così come ricordato in *Introduzione* anche dal Presidente Anelli.

Ciò vale nelle due dimensioni – individuale e collettiva – della tutela del diritto alla salute. Accanto al ruolo del medico nel rapporto con la persona assistita, dal punto di vista della riflessione deontologica è infatti importante anche il ruolo sociale che la professione può esprimere.

Farsi carico delle inedite sfide ed esigenze di tutela significa altresì affiancare la riflessione sui diritti dei destinatari dell'attività professionale – nucleo centrale di ogni codice deontologico – a quella sulle necessità avvertite dai medici di vedere tutelato il loro diritto di essere messi nelle condizioni – professionali, formative, finanziarie e organizzative – per poter esercitare in maniera corretta, responsabile e sicura un'attività che diventa sempre più complessa, nel pieno rispetto dell'indipendenza e autonomia professionale riconosciute dall'ordinamento giuridico.

Le discussioni interne al *board* hanno preso in considerazione entrambe queste riflessioni.

La possibilità di rendere il codice deontologico – pur nel rispetto delle rispettive autonomie – un concreto e credibile intermediario tra medicina, diritto/i e società rappresenta un'ulteriore prospettiva per valorizzare, proprio in fase di riforma, il ruolo del codice di deontologia medica anche al di fuori dei rapporti meramente interni alla categoria professionale¹.

¹ Le considerazioni sul ruolo della deontologia medica svolte nel presente contributo riprendono in

Anche da questo punto di vista, la scelta della FNOMCeO di aprire – per la prima volta nella storia più recente del codice deontologico – la riforma con un *board* interdisciplinare all’esito di un percorso di riflessione e condivisione iniziato già con gli Stati generali della professione medica (e con i significativi mutamenti di paradigma in essi evidenziati) è particolarmente rilevante.

La Federazione, inoltre, ha scelto come *fil rouge* dei lavori di riforma i diritti fondamentali e, in particolare, la sintonia tra codice deontologico e Costituzione, pur tenendo conto anche della dimensione europea e internazionale di tali diritti.

Questa scelta si colloca – valorizzandolo ulteriormente – nel più recente percorso di evoluzione del codice di deontologia medica italiano che è progressivamente “uscito” da una dimensione esclusivamente “interna” alla categoria, per acquisire forme di rilevanza anche sul piano dell’ordinamento giuridico. E tale evoluzione è avvenuta seguendo due principali linee evolutive: il codice deontologico ha ampliato l’attenzione ai diritti fondamentali e ha preso posizione su un numero crescente di questioni complesse non dal punto di vista non solo etico e professionale, ma anche giuridico (si pensi, a titolo meramente esemplificativo, all’evoluzione delle norme sul consenso, all’interruzione volontaria di gravidanza, alla procreazione medicalmente assistita, alla genetica, agli interventi sul genoma umano, alla sperimentazione scientifica, al rifiuto di trattamenti sanitari, alle DAT, all’impiego di tecnologie informatiche, ecc...)².

Proprio il ruolo nella tutela di diritti fondamentali, nelle varie forme in cui tale funzione può esprimersi, rappresenta una forma di rilevanza dei codici deontologici per l’ordinamento giuridico particolarmente significativa in contesti come quello italiano in cui, da un lato, agli ordini professionali sono affidati compiti a tutela di

parte quelle già svolte in altri scritti e prevalentemente basate su un lavoro di ricerca di diritto comparato ed europeo i cui risultati sono contenuti in E. Pulice, *Il ruolo della deontologia medica nel sistema delle fonti: un’analisi comparata. Le rôle de la déontologie médicale dans les sources du droit: Analyse comparée*, Trento-Nanterre, 2014, versione aggiornata in corso di pubblicazione in E. Pulice, *Deontologia e diritto. Modelli comparati, criticità e prospettive in ambito biomedico*, Napoli, Editoriale Scientifica, Collana della Facoltà di Giurisprudenza, Università di Trento, cui ci si permette di rinviare anche per ulteriori riferimenti bibliografici sulle considerazioni che seguono.

² Interessante, anche in prospettiva di riforma per le considerazioni sull’evoluzione della struttura del codice deontologico in relazione alla tutela dei diritti fondamentali, il saggio di Paolo Benciolini, *La deontologia dai galatei ai codici deontologici*, in *La professione. Medicina, Scienza, Etica e Società*, 2010. In argomento, si vedano, inoltre, tra gli altri, E. Quadri, *Il codice deontologico medico ed i rapporti tra etica e diritto*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2002, 925; Id, *Codice di deontologia medica*, in G. Alpa, P. Zatti, *Codici deontologici e autonomia privata*, Milano, 2006; G. Iadecola, *Le norme della deontologia medica: rilevanza giuridica ed autonomia di disciplina*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2, 2007, 551; A. Patroni Griffi, *Diritti della persona e dimensione normativa nel codice di deontologia medica*, in L. Chieffi (a cura di), *Bioetica e diritti dell’uomo*, Torino, 2000, 248.

interessi pubblici in quanto enti sussidiari dello Stato, ma, dall'altro, a differenza di altri ordinamenti europei, non esiste una norma legislativa che definisca la forma di fonte giuridica assunta dal codice deontologico come avviene, ad esempio, in Francia e Germania³.

Tale evoluzione, specialmente quando in sintonia con i principi costituzionali, ha permesso alla deontologia di “mettersi in dialogo” con il diritto in una crescente attenzione da parte di normativa e giurisprudenza, in un ambito in cui la sensibilità giuridica più recente è pressoché unanime nel ritenere che il legislatore non possa adeguatamente intervenire senza il confronto e l'apporto degli altri sapere che interessano lo stesso terreno. Soprattutto, l'attenzione ai diritti fondamentali ha permesso al codice deontologico di anticipare il legislatore, colmando, in sintonia con la Costituzione e le posizioni giurisprudenziali che al tempo si stavano consolidando, un vuoto normativo che si è a lungo tradotto in incertezze a danno dei diritti di tutti i soggetti coinvolti⁴. Il riferimento è, come noto, al diritto al rifiuto, anche di trattamenti di sostegno vitale, alle DAT, ai trattamenti sproporzionati, all'accompagnamento nel fine vita e, più in generale, al tempo della comunicazione come tempo di cura⁵. Si tratta di principi attualmente disciplinati e ulteriormente precisati nella legge n. 219/17, ma che prima dell'intervento legislativo trovavano risposte normative chiare quasi esclusivamente nel codice di deontologia medica.

Sono molte le sentenze della Corte costituzionale che potrebbero essere citate su questi temi. Una, in particolare, risulta significativa per chiarire e contestualizzare,

³ Cfr., ad esempio, J. Moret-Bailly, *Le code français de déontologie médicale : commentaire critique*, in *Revista de Direito Sanitário*, 2012, 157-186; R. Ratzel et al., *Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO)*, Berlin-Heidelberg, Springer, 2018; in prospettiva comparata sia consentito, anche per ulteriore bibliografia, il riferimento a E. Pulice, *La deontologia come fonte del diritto. La codificazione dell'etica medica in Francia, Germania e Italia*, in *Diritto Pubblico Comparato ed Europeo*, 3, 2017.

⁴ Sull'inerzia e il ritardo del legislatore italiano, sui casi giurisprudenziali emersi dall'incertezza normativa (tra i quali quelli di Eluana Englaro e Piergiorgio Welby rappresentano gli esempi più dibattuti a livello pubblico) e sulle problematiche del fine vita, la letteratura è vastissima. Per un inquadramento generale del ritardo sia fisiologico sia patologico del legislatore nelle tematiche del biodiritto, per i rapporti con gli altri saperi e le altre fonti che intervengono in ambito medico e per l'analisi di alcune tra le più complesse sfide etiche e giuridiche in ambito scientifico e clinico si rinvia a C. Casonato, *Biodiritto. Oggetto, fonti, modelli, metodo*, Giappichelli, 2023.

⁵ Quest'ultimo concetto – tanto significativo dal punto di vista del ruolo del medico e della tutela dei diritti fondamentali quanto difficile da attuare nella pratica – è stato inserito nel codice deontologico del 2014 (art. 20: “Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura”) e letteralmente ripreso dalla legge n. 219/17: “Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura” (art. 1, co. 8).

anche nella prospettiva della riforma, il ruolo e le potenzialità del codice deontologico dal punto di vista del diritto costituzionale.

Nella nota sentenza n. 282 del 2002, infatti, la Corte ricorda innanzitutto che “la pratica terapeutica si pone all’incrocio fra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell’arte medica e quello ad essere rispettato come persona”⁶, precisando che “a presidiare l’osservanza in concreto dei diritti fondamentali della persona valgono gli ordinari rimedi apprestati dall’ordinamento, nonché i poteri di vigilanza sull’osservanza delle *regole di deontologia professionale*, attribuiti agli organi della professione”⁷. È inoltre particolarmente interessante notare come tale ruolo sia stato evidenziato in una sentenza in cui la Corte sottolinea che “salvo che entrino in gioco altri diritti o doveri costituzionali, non è, di norma, il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni”. Infatti, “poiché la pratica dell’arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita *dalla autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione*”. Per la Corte, quindi, “autonomia del medico nelle sue scelte professionali e obbligo di tener conto dello stato delle evidenze scientifiche e sperimentali, sotto la propria responsabilità, configurano [...] un altro punto di incrocio dei principi di questa materia”⁸.

Si tratta, come noto e come oggetto di numerosi dibattiti dottrinali, di una decisione significativa nella giurisprudenza costituzionale sulle valutazioni tecnico-scientifiche e sulla cd. “ragionevolezza scientifica” delle scelte legislative⁹, che la Corte ha poi ripreso e ulteriormente precisato in successive pronunce. Nella prospettiva deontologica preme però sottolineare come emerga dalle parole della Corte il ruolo che il codice di deontologia medica può svolgere in entrambi i “punti di incrocio” della pratica medica individuati dai giudici costituzionali.

⁶ Corte cost., sentenza n. 282/2002, p.to 4 del Considerato in diritto.

⁷ *Ivi* (corsivo aggiunto).

⁸ *Ivi* (corsivi aggiunti).

⁹ Il riferimento va, in particolare, a S. Penasa, *La «ragionevolezza scientifica» delle leggi nella giurisprudenza costituzionale*, in *Quaderni costituzionali*, 4, 2009, 817, concetto ripreso in molti altri scritti, tra i più recenti, ad esempio, in Id., *Verso una teoria della ragionevolezza scientifica: parametro costituzionale o metodo legislativo?*, in B. Liberali e L. Del Corona (a cura di), *Diritto e valutazioni scientifiche*, Torino, 2022, 131-153. Cfr., inoltre, tra gli altri, A. Iannuzzi, *Il diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione*, Napoli, 2018.

Più nello specifico, i passaggi di questa sentenza rappresentano un'efficace sintesi di molti dei profili su cui si sono concentrate le riflessioni del *board*. L'autonomia e la responsabilità del professionista, da tutelare, insieme all'indipendenza, anche perché funzionali alla tutela dei diritti fondamentali. L'importanza (e il dovere) di attenersi alle conoscenze tecnico-scientifiche, cui aggiungere l'impatto di queste ultime sul ruolo e l'attività del medico. Temi che nelle riflessioni per il nuovo codice deontologico dovrebbero essere (e sono in effetti state) confrontate anche con i più recenti sviluppi normativi (ad esempio la cd. legge Gelli-Bianco) e giurisprudenziali in materia, nonché, come detto, con le nuove potenzialità derivanti dagli sviluppi tecnologici e i sistemi di intelligenza artificiale.

Il rispetto della persona umana, da considerare nella sua complessità e individualità. E, quindi, il rispetto pieno della sua autodeterminazione – con i relativi doveri informativi e comunicativi – conformemente al principio del consenso informato da intendersi, come ci ricorda la Corte costituzionale in un'altra pronuncia, “quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico” configurandosi come “*vero e proprio diritto della persona*” che trova “fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che ‘la libertà personale è inviolabile’, e che ‘nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge’”¹⁰. Del consenso la Corte sottolinea ulteriormente “la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: *quello all'autodeterminazione e quello alla salute*, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione”¹¹.

Principi che sono stati analizzati dal *board* considerando le già importanti posizioni contenute dell'attuale codice deontologico ma anche la necessità di valorizzarli ulteriormente alla luce della legge 219/17 e dell'evoluzione della giurisprudenza tanto costituzionale quanto di legittimità. Si tratta, inoltre, di profili strettamente legati al “mutamento di paradigma” emerso anche dagli Stati generali della professione

¹⁰ Corte cost., sentenza n. 438/2008, p.to 4 del Considerato in diritto (corsivi aggiunti).

¹¹ *Ivi* (corsivo aggiunto).

medica e, in particolare, all'idea che il ruolo del medico e della medicina non sia più solo la cura della malattia ma il “prendersi cura” della persona.

Tutto ciò, aggiungiamo, andrebbe preso in considerazione, come emerso in alcune riunioni del *board*, anche alla luce delle più recenti sensibilità in ambito sociale, quali, ad esempio, le nuove forme di disuguaglianza, le questioni di genere e il crescente pluralismo culturale¹².

Nuove sfide, nuove esigenze di tutela, nuovi ruoli, nuove norme deontologiche significano però anche adeguata formazione ed è per questo che una parte rilevante delle riflessioni del *board* è stata dedicata ai profili formativi.

Un ulteriore aspetto merita di essere sottolineato nella prospettiva della riforma in commento.

Da un lato, come detto, è essenziale la sintonia tra codice deontologico e Costituzione, così come evitare forme di conflitto tra deontologia e diritto che rischierebbero di restringere la tutela dei diritti fondamentali, inclusi quelli dei medici che potrebbero essere penalizzati sul piano disciplinare. Dall'altro, però, è importante che le riflessioni sulla deontologia – a maggior ragione in fase di riforma del codice – non si traducano mai in forme di acritica “giuridicizzazione” del codice deontologico. L'autonomia della riflessione etico-professionale che il codice di deontologia medica ha costruito nel tempo, unitamente alla richiamata evoluzione, costituisce una risorsa importante non solo per i professionisti ma anche per i diritti delle persone assistite, rispetto ai quali, tra l'altro, nel caso di inerzia o incostituzionalità delle leggi proprio il codice deontologico potrebbe rappresentare un significativo baluardo. È inoltre solo nel dialogo tra deontologia e diritto e non nell'appiattimento della prima al secondo che può instaurarsi un effettivo e proficuo dialogo tra saperi, a tutela di tutti i diritti coinvolti.

¹² La comunicazione con il paziente straniero e le stesse richieste che potrebbero derivare da culture diverse pongono inevitabilmente nuove esigenze di riflessione al professionista. La letteratura sul punto è molto vasta. Tra i contributi più recenti, si veda, ad esempio, il focus sull'interculturalità in medicina in C. Piciocchi e D. Strazzari (a cura di), *Percorsi interculturali*, Università degli Studi di Trento, Quaderni della Facoltà di Giurisprudenza, 2023. Ai conflitti etici e di coscienza che possono derivare dall'incontro con culture diverse negli ospedali – specialmente in riferimento alla circoncisione rituale maschile e alle questioni religioso-culturali nell'accompagnamento di fine vita – è stata dedicata, anche nella prospettiva del ruolo che potrebbe svolgere la deontologia, una parte della ricerca del Laboratorio dei Diritti Fondamentali (Direttore: Vladimiro Zagrebelsky) del Collegio Carlo Alberto di Torino, i cui risultati sono stati pubblicati in due volumi: L. Ferrero e E. Pulice, *Pluralismo etico e conflitti di coscienza nell'attività ospedaliera. Vol. I. Scelte riproduttive e dibattiti sulla genitorialità* ed E. Pulice, C. Vargas, *Pluralismo etico e conflitti di coscienza nell'attività ospedaliera. Vol. II. Le scelte di fine vita*, Il Mulino, 2022.

Convegno e raccolta dei saggi: temi, struttura e obiettivi

Per permettere l'intervento di tutti i componenti del *board* e la discussione con il pubblico presente, le sessioni sono state organizzate come tavole rotonde con relazioni molto brevi. L'obiettivo non era infatti quello – prematuro – di proporre soluzioni specifiche o posizioni comuni, bensì quello di stimolare, attraverso la pluralità di punti di vista, una prima discussione attorno ad alcuni dei temi ritenuti rilevanti dal *board* alla luce delle diverse competenze e sensibilità professionali rappresentate. Accogliendo le richieste di alcuni componenti del *board*, per il presente volume è stata lasciata la libertà di arricchire le relazioni brevi con le ulteriori riflessioni emerse nel corso della prima fase dei lavori e che, per ragioni di tempo, non avevano trovato adeguato spazio durante il convegno.

Pur non trattandosi di un volume che mira a rappresentare in maniera esaustiva tutti i temi che hanno richiesto, e tuttora richiedono, un approfondimento interdisciplinare, i contributi raccolti forniscono, quindi, un ricco quadro dei profili discussi nella prima fase dei lavori del *board*.

Il convegno si è aperto con la relazione del prof. Cavicchi, docente di Sociologia delle Organizzazioni Sanitarie, Logica e Filosofia della Scienza (Univ. Tor Vergata di Roma), sugli Stati generali della professione medica, di cui sono state evidenziate le principali riflessioni da prendere in considerazione nel percorso di riforma.

La prima sessione è stata dedicata al rapporto tra “Codice deontologico e responsabilità medica” e mirava a contestualizzare il ruolo del codice e di alcune delle questioni affrontate dal *board* alla luce della giurisprudenza penale, civile e disciplinare.

La relazione della Presidente della IV sezione penale della Corte di Cassazione, dott.ssa Piccialli, affronta alcune importanti pronunce giurisprudenziali con focus su uno dei temi maggiormente dibattuti nel percorso di riforma, chiarendolo nei suoi profili penalistici essenziali, con uno sguardo anche alla sentenza della Corte costituzionale sul suicidio assistito e con attenzione alla libertà di coscienza del medico: la tutela dell'autodeterminazione e i relativi doveri di informazione in capo ai professionisti, anche e soprattutto nelle scelte più complesse come il rifiuto di trattamenti di sostegno vitale.

All'excurus della giurisprudenza civile in materia di responsabilità medica è dedicata la relazione del Presidente della III sezione civile della Corte di Cassazione, dott. Travaglino, che sottolinea il ruolo del codice deontologico nel fornire “indicazioni comportamentali” e “supporto scientifico” alla giurisprudenza.

La responsabilità disciplinare – che rappresenta un esempio significativo di come il codice deontologico si ponga all’intersezione tra ruoli, funzioni e autonomia della categoria professionale, che elabora le norme deontologiche, e ruolo dello Stato che definisce le sanzioni disciplinari e il relativo procedimento – è affrontata dal dott. Grossi, Presidente dell’OMCeO di Rimini e componente della CCEPS. La relazione sottolinea, tra l’altro, le esigenze di migliorare la conoscenza del codice deontologico da parte dei professionisti. Tema, quest’ultimo, strettamente legato tanto all’effettività del codice deontologico quanto all’altra, già più volte richiamata, prospettiva di analisi del *board*, ossia la formazione.

La relazione del dott. Piras, Sostituto Procuratore della Repubblica, precisa ulteriori profili penalistici, tra i quali il ruolo che le norme deontologiche possono avere per il pubblico ministero e il valore, le complessità e l’irrinunciabilità di un’adeguata comunicazione, sia a tutela dei diritti in gioco sia per ridurre il contenzioso.

La relazione rappresenta così un significativo *trait d’union* con la successiva sessione sulla relazione di cura. Sono interessanti, infatti, alcuni punti di contatto tra i passaggi di tale contributo e l’importanza del “*patient engagement*” e dell’idea del paziente come parte della “squadra”, cui è dedicata – nella prospettiva dell’analisi psicologica – la relazione della prof.ssa Graffigna, ordinaria di Psicologia dei consumi e della salute e direttrice di EngageMinds HUB, così come le difficoltà e le caratteristiche di una buona comunicazione evidenziate dal dott. Fassari, direttore di Quotidiano Sanità.

Sono molte, più in generale, le caratteristiche di una comunicazione che permetta davvero alla persona assistita non solo di determinarsi in maniera libera e consapevole, ma di sentirsi anche partecipe del percorso decisionale che emergono dai contributi fin qui menzionati.

Non a caso la tavola rotonda “One health e relazione di cura” è stata dedicata, per la parte relativa alla relazione, alla comunicazione, intesa, di comune accordo tra i componenti del relativo gruppo di lavoro del *board*, come nucleo centrale di riflessione da cui derivare le ulteriori considerazioni sulla riforma in questo ambito. La comunicazione è legata, infatti, alla definizione dei rispettivi ruoli, autonomie e responsabilità nella relazione di cura, alla tutela dei diritti coinvolti, ma anche al rapporto con altri professionisti sanitari fino al profilo dell’informazione sociale. Per questo, la relazione introduttiva al tema della tavola rotonda è stata affidata alla prof.ssa Borsellino, ordinaria di Filosofia del Diritto presso l’Università Milano-Bicocca ed esperta, tra l’altro, della legge n. 219/17. Il suo contributo identifica e chiarisce, dal punto di vista non solo filosofico e giuridico, ma anche terminologico, alcune

rilevanti problematiche e specifici interventi di riforma che permetterebbero al codice deontologico di valorizzare al meglio i principi legati alla relazione di cura e alla comunicazione.

Il prof. Coppola, ordinario di diritto ecclesiastico e Avvocato della Santa Sede per il Foro canonico e civile, affronta alcune questioni legate alla libertà di coscienza del medico, a fronte di pratiche complesse dal punto di vista etico e giuridico, come l'interruzione volontaria di gravidanza, la procreazione medicalmente assistita e il suicidio assistito. In prospettiva più generale e di tecnica normativa, sottolinea inoltre la necessità di prestare adeguata attenzione a non inserire definizioni troppo rigide nel codice deontologico.

La relazione del prof. Macrì, Direttore Area Dipartimentale e UOC Medicina Legale e responsabilità sanitaria ASL Toscana Sud Est, nel definire il ruolo del medico nel rapporto con la persona assistita e con le altre professioni sanitarie, porta all'attenzione della riforma la distinzione tra “relazione di fiducia” e “relazione di cura” alla luce della legge 219/17.

All'exkursus sul cambiamento della medicina e della figura del medico nel corso degli anni, con particolare attenzione ai significati di “passato”, “presente” e “futuro”, al ruolo dell'*evidence based medicine* e della *narrative based medicine*, anche nelle inedite sfide poste dall'intelligenza artificiale, è dedicata invece la relazione del prof. Gensini, ordinario di medicina interna e Direttore Scientifico dell'IRCCS MultiMedica.

La tavola rotonda è stata altresì dedicata al concetto di *one health*, come esempio della necessità di ampliare la lettura del diritto alla salute.

La relazione è stata affidata al dott. Cibella, medico e I° Ricercatore CNR. Il suo contributo, richiamando l'importanza delle questioni ambientali e del relativo ruolo del medico nel promuovere risultati di salute ottimali anche attraverso il riconoscimento della “stretta connessione tra persone, animali, piante e il loro ambiente condiviso”, analizza l'attuale articolo 5 del codice deontologico alla luce della Costituzione e delle più recenti posizioni internazionali in materia di *one health* ed espone proponendo alcune specifiche indicazioni di riforma.

La terza tavola rotonda “Nuovo ruolo del medico e intelligenza artificiale” è stata caratterizzata da un interessante dialogo – riproposto nel presente volume – tra discipline diverse – diritto, ingegneria, economia, etica e medicina, nella prospettiva sia clinica sia medico-legale – sulle potenzialità e i rischi dell'intelligenza artificiale e

sulla centralità del ruolo del medico e della relazione di cura.

Alla prospettiva del diritto costituzionale nell'analizzare vantaggi, potenzialità e rischi per il paziente, per il medico e per il sistema sanitario è dedicata, anche attraverso gli esempi di Babylon ed eMed, la relazione del prof. Casonato, ordinario di diritto costituzionale comparato e biodiritto e titolare della cattedra Jean Monnet su diritto e AI presso l'Università di Trento.

La relazione del dott. Foglizzo, redattore di Aggiornamenti Sociali – Fondazione Culturale San Fedele di Milano, affronta, invece, dal punto di vista economico e dell'analisi dei fenomeni sociali alcuni interessanti profili dell'impatto dell'intelligenza artificiale, che includono i conflitti di interesse, la responsabilità sociale dei medici e una puntuale analisi sul ruolo che in questi ambiti potrebbe svolgere il codice deontologico.

La spiegazione degli sviluppi e delle potenzialità dell'applicazione dei sistemi di intelligenza artificiale non solo nella pratica clinica ma anche per i profili gestionali e operativi in ambito sanitario, nonché per i pazienti, è affidata all'esperienza, in qualità di ingegnere e responsabile dell'Unità di Valutazione delle Tecnologie del Policlinico A. Gemelli di Roma, del dott. Leogrande.

L'impatto dell'intelligenza artificiale sul percorso clinico-diagnostico e sul rapporto con il paziente è analizzato, nella prospettiva clinica, dal dott. Ferrari, medico radiologo, sottolineando, con l'ausilio di esempi specifici, la centralità del ruolo e delle competenze del medico nonché alcuni elementi che devono necessariamente affiancare l'utilizzo dei sistemi di intelligenza artificiale. Tra questi, ad esempio, la necessità di nuove capacità di mediazione tra la tecnologia e l'uomo, l'importanza di preservare l'attenzione all'individualità del singolo paziente e di aggiunge ai tradizionali principi della bioetica quello dell'esplicabilità e della trasparenza.

Il concetto di “metodologia clinica ibrida” è affrontato dal prof. Tambone, che analizza il tema dell'intelligenza artificiale dal punto di vista della sua esperienza di professore ordinario di medicina legale (Univ. Campus Bio-Medico) tenendo in considerazione – in due specifici ambiti di applicazione (“politica e medicina” e “filosofia e medicina”) i profili della responsabilità professionale, il dovere di offrire il *gold standard* assistenziale, il ruolo di garanzia del medico e il decoro della professione. Ne emergono, anche in questo caso, specifiche indicazioni di riforma e considerazioni sul ruolo del codice deontologico come “strumento di consapevolezza e di formazione”.

Chiude la sessione il contributo dell'ulteriore prospettiva clinica affidata al dott. Barbieri, Direttore del Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale Fondazione IRCCS Ca' Granda di Milano, che analizza tre grandi categorie di problemi etici legati allo sviluppo dell'intelligenza artificiale: etica dei dati, etica degli algoritmi ed etica della pratica clinica.

La tavola rotonda finale è stata dedicata alla formazione, proprio in ragione dell'importanza delle esigenze formative alla luce di tutti i profili emersi dalle riflessioni precedenti.

Al prof. Montorsi, già Rettore della Humanitas University e al prof. Della Rocca, Preside della Facoltà di Farmacia e Medicina, Università La Sapienza di Roma è stata affidata la relazione introduttiva. Il contributo, che nel presente volume vede come autrice anche la dott.ssa Licia Montagna, pedagoga presso Humanitas University, è dedicato al ruolo della formazione nel codice deontologico con un focus sul significato di *medical professionalism* – analizzato nella prospettiva sia internazionale sia italiana – su come formare al *medical professionalism* con l'indicazione di alcune specifiche strategie in materia di curricula universitari.

Il confronto è proseguito con la relazione della prof.ssa Basili e del prof. Familiari, che hanno portato l'esperienza della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM di Medicina e Chirurgia, di cui sono rispettivamente Presidente e Vicepresidente. Il contributo, che in questo volume vede come autori anche il prof. Bruno Moncharmon e la prof.ssa Linda Vignozzi, rispettivamente vicepresidente vicario e vicesegretario della Conferenza, sottolinea l'importanza dell'attenzione all'etica professionale e alle nuove tecnologie nei percorsi formativi universitari.

Tra norma e giurisprudenza è invece la prospettiva di analisi della formazione della prof.ssa Frati, ordinaria di medicina legale presso l'Università la Sapienza di Roma, che indica alcune rilevanti normative e pronunce sia italiane sia europee da tenere necessariamente in considerazione nelle riflessioni in questo ambito.

Ha chiuso la due giorni di convegno la relazione del dott. Muzzetto, Presidente Coordinatore della Consulta deontologica.

Elisabetta Pulice

Componente del Gruppo di ricerca BioDiritto e collaboratrice alla didattica e alla ricerca presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli Studi Trento; professoressa a contratto di Initiation au droit italien presso la Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales dell'Università di Lille, Francia.

Co-coordinatrice del board interdisciplinare FNOMCeO.

DAGLI STATI GENERALI AD UNA NUOVA DEONTOLOGIA

di Ivan Cavicchi

Quello che cercherò di fare prendendo al volo un suggerimento del presidente Anelli è a partire dalla “questione medica”¹, provare a definire un “preambolo” quindi dei prolegomeni per una riforma della deontologia.

Chiarisco subito, che a causa dei tempi limitati, le questioni che tratterò saranno pochissime e alcune di esse saranno scritte ma non saranno illustrate.

Un cambio di impostazione

Cominciamo subito a mettere come si dice i “piedi nel piatto”.

Se partiamo dalla “questione medica”² oggi la prima cosa che dobbiamo fare è un *cambio di impostazione*:

- oggi non è più possibile rinnovare il codice deontologico semplicemente aggiornandolo cioè aggiungendo degli articoli ad una struttura deontologica preesistente che resta invariante.
- oggi proprio perché molti sono i riferimenti tradizionali della deontologia che sono di fatto saltati, il nuovo codice deontologico non può che prendere le mosse dalla questione medica.

Si tratta di un cambio di impostazione importante che prelude a quello che l’ordine di Trento, che 4 anni fa ha aperto la strada prima di tutti, ha definito una vera e propria “riforma della deontologia”³.

Il medico da ridefinire

¹ I. Cavicchi *La questione medica. Come uscire dalla palude* E.Book *Quotidiano sanità* 2015.

² *Stati generale della professione medica. 100 tesi per discutere il medico del futuro* FNOMCeO 2018.

³ I. Cavicchi *Ordine dei medici di Trento: Riformare la deontologia medica. Proposte per un nuovo codice deontologico* Edizione *Dedalo*, 2018.

Andiamo avanti. Se è vero come è vero che la “questione medica” è prima di ogni altra cosa un problema di ruolo, di identità, di funzione, allora, il nuovo codice deontologico dovrà definire ciò che non è più chiaramente definito o è definito in modo contraddittorio e controverso.

Cioè dovrà definire ex novo il medico in tutti suoi aspetti.

La definizione di medico oggi non è più scontata come si pensa.

Oggi siamo nel tempo dei “ruoli contendibili” dove la contendibilità rischia di ridursi miseramente a un conflitto tra operatori sulle competenze sulle mansioni sulle funzioni.

Definire la professione del medico oggi per la deontologia non è un lavoro facile in particolare perché, oggi il medico non può essere definito senza essere definito nelle sue relazioni con il malato cioè nelle complessità del nostro tempo.

Non a caso Trento ha definito questo malato un “archè” cioè un principio fondativo. Penso che una cosa analoga debba essere fatta anche oggi.

I comportamenti

Bene facciamo ancora un passo in avanti: dopo aver chiarito il gruppo di questioni che definiscono a vario titolo “l’identità” del medico, si tratta ora di definire i “*comportamenti professionali*” che ne derivano.

La funzione storica della deontologia, come è noto, è la definizione e la disciplina delle condotte professionali.

Le condotte professionali sono state fino ad ora abbastanza pre-definibili ma oggi, proprio la “questione medica”, ci dice che la pre-definizione delle condotte non è così facile come si crede.

Tutti i comportamenti professionali fino ad ora decisi nei confronti della “malattia” (sottolineo “malattia”), quindi parliamo di comportamenti clinici dovuti, sono tutti più o meno riconfermati, mentre per i comportamenti professionali che dovrebbero corrispondere al malato (sottolineo malato) essi inevitabilmente vanno ridefiniti nelle *complessità delle relazioni* quindi vanno definiti in modo *intra res acta*. Cioè “nel bel mezzo” della realtà concreta.

I comportamenti *intra res acta*, per evidenti ragioni, sono definiti con il consenso del

malato. Si tratta di comportamenti professionali che sono auspicati, desiderabili, ritenuti adeguati e che per ovvie ragioni non sono standardizzabili.

Se accettiamo l'idea che alcuni comportamenti non sono pre-definibili ma dipendono dalle relazioni che si hanno con il malato e dai contesti di riferimento a questo punto siamo in grado di allargare la definizione deontologica:

- da una parte avremo, in base al principio di legalità, i comportamenti consentiti (si può fare solo quello che è legalmente permesso).
- dall'altra parte avremo, in base al principio di liceità, i comportamenti attesi (in una relazione nell'interesse del malato si può fare anche ciò che non è legalmente vietato).

Resta scontato che i “comportamenti attesi” sono vincolati come i comportamenti consentiti a vincoli di beneficalità, di sicurezza del malato, ecc.

La definizione deontologica dell'autonomia

Andiamo avanti. A questo punto la domanda fondamentale che proprio la questione medica pone è:

quale è il grado di autonomia intellettuale delle condotte professionali.

Credo che il nodo dell'autonomia sia quello più importante che la nuova deontologia dovrà affrontare.

Oggi, quale libertà di pensare, di fare, di decidere, ha il medico?

Vorrei però cogliere l'occasione per chiarire, ancora una volta, che, la questione dell'autonomia del medico, non è prima di tutto una questione giuridica o contrattuale (è anche ovviamente una questione giuridica) ma è prima di tutto la condizione epistemica fondamentale senza la quale il medico non è medico e non può fare questo mestiere.

Cioè l'autonomia è un dato costitutivo della sua identità. Se c'è autonomia c'è il medico se non c'è autonomia c'è uno pseudo-medico.

L'autonomia intellettuale serve al medico per conoscere il malato. Senza autonomia intellettuale non può esserci conoscenza. E senza conoscenza non può esserci medicina.

Avere in sanità dei “non medici” è un assurdo costituzionale. Ritorno sulla mia

vecchia tesi di sempre e cioè che la prima garanzia di cura per un malato è il medico che lo cura. Il malato non ha alcun interesse ad essere curato da un non medico o da un quasi medico.

Ma chi è il nemico più temibile dell'autonomia del medico?

Per rispondere dobbiamo guardarci in dietro. In questi ultimi decenni la crisi dell'autonomia intellettuale del medico, comincia a farti sentire a partire da alcune leggi di controriforma adottate nel nostro paese in particolare quella che ha sostituito le Usl con le Asl, tutte ispirate più che da una legittima preoccupazione economica, da una forma grave di bilanciofrenia.

Ma si faccia attenzione lo scontro tra i bilanci delle aziende e l'autonomia professionale è stato uno scontro tra le ragioni dell'ideologia e le ragioni della scienza.

L'ideologia, sia chiaro, per quello che mi riguarda, in sanità ha svolto in alcuni casi un ruolo fondamentale (penso alla 180 alla 194 alla salute nei luoghi di lavoro ecc) ma mentre essa può, come pensiero orientare un altro pensiero, in nessun caso essa può pretendere di surrogare con le sue opinioni la scienza.

L'ideologia ha diritto di esistere ma come sistema di opinioni non come sistema di verità.

È quando le opinioni vengono spacciate per verità che cominciano i dolori. L'ideologia no vax per noi è una ideologia inaccettabile semplicemente perché è un pensiero antiscientifico.

Penso che un capitolo particolare della nuova deontologia debba essere dedicato proprio all'evidente incompatibilità che in generale esiste tra professione medica e ideologia.

Economicismo

Ma a parte i no vax oggi tra le ideologie che in questi anni hanno danneggiato profondamente l'autonomia intellettuale del medico ve ne è una che si chiama *economicismo*.

L'economicismo in sanità è una ideologia perché riconosce solo ai problemi eco-

nomici una priorità e perché subordina la medicina alla soluzione dei problemi economici.

Esso in sanità e in medicina è una ideologia spaventevole perché fondamentalmente immorale alla quale però ricordo si sono ispirate ben tre controriforme della 833 (92,99,2001).

La maggior parte delle distorsioni subite dalla medicina pubblica quindi dai medici sono di sicuro riconducibili al problema dell'economicismo.

Il proceduralismo

Oltre alla ideologia dell'economicismo ve ne è un'altra anche questa che viene con le aziende e che ha molto ridimensionato l'autonomia professionale del medico e che io propongo di chiamare: proceduralismo.

È grazie alla combinazione di forti dosi di economicismo e di forti dosi di proceduralismo che la professione medica ha subito quel fenomeno che abbiamo definito "medicina amministrata".

Per questo inaccettabile orientamento le aziende ritengono due cose:

- difronte a certe priorità l'autonomia del medico deve essere minima.
- il medico è semplicemente un problema da amministrare cioè un costo inevitabile.
- Ma ai fini di una nuova riflessione deontologica vediamo meglio cosa intendiamo per proceduralismo.
- Rammento che in medicina una verità scientifica è scientifica solo perché esiste un metodo quindi una procedura che la dimostra tale.
- Il proceduralismo è una ideologia convinta che soprattutto difronte ai problemi economici dell'azienda:
- si possa separare il metodo che si usa per conoscere la malattia dalla conoscenza della malattia tout court
- si possa ridurre sostanzialmente la grande complessità della conoscenza a metodo.

Cioè detto in modo molto brutale che basta agire sul metodo per poter risparmiare sui costi inevitabili della conoscenza. Il principale costo della medicina altri non è

che il costo che serve per conoscere il malato.

Ma in che modo il proceduralismo inteso come ideologia ha danneggiato il grado di autonomia del medico?

In due modi fondamentali:

- esso riducendo la conoscenza a procedura riconosce di fatto alla procedura un potere eccessivo e financo pericoloso. È ovvio che se alla procedura diamo il potere per esempio di decidere ogni cosa, cioè di essere per ragioni economicistiche non facoltativa ma imperativa, lo spazio per l'autonomia del medico si banalizza ma si banalizza anche il valore della relazione e qualsiasi discorso sulla complessità.
- in questa società, con un certo genere di malato, nelle relazioni difficili con questo genere di malato, le procedure hanno degli inconvenienti per esempio sono nella loro ovvia imparzialità poco flessibili per essere veramente adeguate al malato reale, sono riduttive quasi fino alla banalizzazione, e in più tendono ad essere dogmatiche prescrittive e imperative.

In sintesi la separazione del metodo dalla conoscenza, per un medico significa dipendere esclusivamente dal metodo il che significa l'eliminazione automatica di quella conoscenza che dipende solo dal medico dalla sua esperienza, dalle sue relazioni dalle sue intuizioni ecc.

Ebbene fare del metodo l'unica verità è una ideologia che per il malato e per il medico comporta pesanti controindicazioni

Sia chiaro le procedure in medicina sono strumenti fondamentali per la conoscenza scientifica. Ma proprio perché procedure che aiutano il medico a conoscere esse vanno considerate al servizio del medico. Quindi per riprendere Habermas⁴ le procedure sono forme di legittimazione delle conoscenze di tipo sussidiario. Non a caso in tutti codici deontologici esse sono sempre state considerate come non vincolative.

Nonostante la deontologia abbia sempre considerato le linee guida come non vincolanti per le decisioni del medico faccio notare che il principale argomento a difesa delle responsabilità professionali del medico nella legge 24 sono proprio le linee guida cioè le procedure. Credo che il futuro codice deontologico dovrà approfondire

⁴ A. Abignente, *Legittimazione discorso diritto. Il proceduralismo di J:Habermas*, Editoriale scientifica, 2003.

anche questa contraddizione.

In sintesi oggi la nuova deontologia deve trovare gli antidoti tanto all'ideologia economicista che a quella proceduralista quindi deve fare un grande investimento sulla autonomia del medico.

Anche in questo caso io credo che il contributo dei giuristi sarà fondamentale.

Definizione discrete

Tuttavia secondo me per combattere le prepotenze delle ideologie e affermare il valore dell'autonomia non basta riconoscere al medico giuridicamente una plus autonomia ma dobbiamo sostenere questa autonomia con quelle che gli epistemologi chiamiamo “definizioni discrete” cioè definizioni deontologiche dei valori in gioco

Mi spiego meglio.

Come ricorderete con la prima “riforma della riforma” (92) ai medici e agli altri operatori delle asl vengono sanciti due nuovi vincoli:

- quello dell'appropriatezza.
- quello della evidenza.

Questi valori transitarono subito dalla norma di legge ai codici deontologici. Devo però precisare che soprattutto con Donabadien⁵ il concetto di appropriatezza negli anni 90 quindi negli stessi anni in cui nascono le aziende nasce come un'idea kantiana cioè legata alla possibilità di migliorare la razionalità medica. Con le aziende l'idea kantiana di razionalità si perde per strada e l'appropriatezza diventa un discorso economicistico e prettamente ideologico.

Va da se che sui valori euristici di questi concetti non vale la pena neanche di discutere. È sul loro uso ideologico che la deontologia è chiamata ad interrogarsi.

Nel 2014 la questione medica non era all'ordine del giorno e la FNOMCeO licenziò l'ultimo aggiornamento del codice deontologico quindi il testo ancora oggi in vigore⁶, ma facendo un errore che a mio parere oggi proprio perché esiste una questione medica non possiamo ripetere.

Cioè non definì nel codice la sua autonoma idea di appropriatezza e di evidenza

⁵ Donabedian, *La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*, Carocci, 1990.

⁶ FNOMCeO, *Codice di deontologia medica*, 2014.

ma si adeguò semplicemente al significato corrente di questi concetti.

Il problema come tutti i medici qui presenti possono testimoniare è che il significato corrente di questi concetti ancora oggi è deformato proprio dalla ideologia per cui questi concetti furono usati in pratica contro i medici contendo loro ogni briciolo di autonomia.

Io credo invece che coloro che dovranno scrivere il prossimo codice deontologico dovranno approvare un glossario del codice quindi specificare bene i concetti coinvolti e attraverso delle definizioni discrete spiegarci con l'aiuto ripeto dei giuristi cosa è per i medici l'appropriatezza, l'evidenza ma anche l'adeguatezza, la pertinenza

Io credo che gli articoli che fino ad ora hanno definito il principio di proporzionalità o non proporzionalità delle cure (Art 16) e quelli che hanno definito i doveri del medico per "competenze" (art 3) debbano essere radicalmente ripensati.

Oggi la "questione medica" ci dice senza ombra di dubbio che il problema non è come dicono le aziende essere appropriato al costo più basso di un trattamento ma essere adeguato al grado di complessità del malato convinti che è l'adeguatezza la strada per combattere le diseconomie.

Trento non a caso nella sua proposta di quattro anni fa ha teorizzato l'obbligo da parte del medico di garantire trattamenti adeguati e in quanto tali privi di diseconomie.

Il trattamento adeguato è per definizione privo di diseconomie.

Se il trattamento avesse delle diseconomie ingiustificate non sarebbe adeguato. Il concetto di adeguatezza è comprensivo degli aspetti clinici e economici.

In conclusione: non abbiamo bisogno di ideologie per fare il nostro lavoro scientifico abbiamo bisogno di autonomia per garantire ai malati adeguatezza delle cure e alle aziende una ragionevole riduzione delle diseconomie.

Scienza e complessità

Fino ad ora ho parlato continuamente di nuova complessità ma cerchiamo di essere meno generici. Si tratta di una complessità che pone un problema grande come una casa che è quello della definizione della scienza medica. La medicina scientifica non nasce dalla cultura che oggi chiamiamo della complessità Morin ma nasce dal suo contrario cioè nasce dalla medicina sperimentale di C. Bernard cioè dalla ridu-

zione della realtà ad esperimento.

I medici debbono obbedire senza se e senza ma, a degli a priori scientifici che in genere chiamiamo “evidenze”, altrimenti non sarebbero medici e la medicina non sarebbe una scienza, ma l’uso degli a priori scientifici, soprattutto nelle relazioni con il malato, e di fronte a gradi alti di complessità quindi di singolarità del malato, deve essere necessariamente pragmatico, cioè le verità scientifiche rispetto ad un malato singolare non possono limitarsi ad essere delle verità convenzionali ma devono funzionare concretamente e garantire adeguatezza dei trattamenti.

Questo vuol dire che i medici nelle complessità date per essere più pragmatici devono avere un grado di autonomia adeguato. Essere pragmatico vuol dire ottenere risultati facendo scelte adeguate dentro le complessità date.

Si tratta a questo punto di definire a partire dalla deontologia una nuova alleanza tra realismo e pragmatismo sapendo che essa è ormai una necessità del nostro tempo.

Giusto per fare un esempio di realismo e di pragmatismo vorrei citare l’idea di “Realismo dal volto umano”⁷ di Putnam.

A che serve essere realisti e pragmatici

Fino ad ora i medici sono stati obbligati per statuto a conoscere le malattie attraverso l’osservazione scientifica dei fatti naturali, ora cioè da un po di tempo i medici loro malgrado e malgrado ciò che hanno studiato all’università, sono sempre più sollecitati a conoscere le malattie dentro delle relazioni.

Questo è dovuto al fatto che oggi oltre le “malattie” ci sono piaccia o no i “malati”.

Cioè oggi (come scrivo ormai da anni) i “pazienti” non ci sono più e al loro posto ci sono gli “esigenti”. Cioè oggi i medici hanno a che fare con un altro genere di malato. È l’imporsi di un nuovo genere di malato che spiega sul versante sociale e culturale per esempio la conflittualità tra i medici e i cittadini tipica del nostro tempo.

In sintesi la conoscenza del malato passa sempre per la conoscenza dei fatti naturali cioè per le malattie ma dentro delle relazioni e dentro ei contesti cioè essa è diventata una conoscenza inter soggettiva. Conoscere dei fatti naturali in modo intersoggettivo

⁷ H. Putnam, *Il realismo dal volto umano*, Il Mulino, 1995.

accresce e non di poco la complessità della relazione di cura. Oggi quindi la vera complessità in medicina passa dentro le relazioni senza le quali essa non può essere epistemicamente conosciuta.

Le relazioni sono una questione epistemica

La mia tesi è semplice: se la relazione è un modo di conoscere la complessità allora la relazione è una questione eminentemente epistemologica.

Per me il tema della relazione, non è riducibile a nessuna teoria dell'amabilità clinica e meno che mai a nessuna particolare abilità dialettica del medico nei confronti del malato⁸.

Certo che il medico di fronte al malato come ha scritto saggiamente il gruppo di Trento ha il dovere di:

- essere intellegibile cioè di usare un linguaggio adeguato,
- interpretare il linguaggio del malato,
- distinguere le questioni del senso da quelle del significato,
- assistere il malato nelle interpretazioni delle informazioni che egli riceve sulla propria malattia,
- garantire con la propria conoscenza e la propria esperienza quello che “asserisce” il malato⁹.

Ma detto ciò l'importanza strategica delle relazioni va ben oltre i problemi della comunicazione e dell'informazione ecc.

Se la nuova deontologia quindi la FNOMCeO, non comprenderà che la relazione è la chiave per accedere ai grandi problemi della complessità del nostro tempo, la nuova deontologia non solo non sarà nuova per niente ma soprattutto rischierà di fare, come nel 2014, l'ennesimo buco nell'acqua.

La medicina quale scienza impareggiabile

⁸ I. Cavicchi, *la Clinica e la relazione*, Bollati Boringhieri, 2004.

⁹ I. Cavicchi, *Ordine dei medici di Trento*, op cit.

Oggi la medicina è una scienza impareggiabile¹⁰ perché oggi essa è diventata una scienza dei fatti delle relazioni e dei contesti.

La nuova deontologia dovrà descrivere con puntualità l'impareggiabilità della medicina per una ragione molto pratica perché solo così sarà in grado di descrivere l'impareggiabilità della professione medica e quindi rivendicare per il medico quel diritto all'autonomia senza il quale parlare di impareggiabilità sarebbe ridicolo.

Se la medicina è una scienza impareggiabile allora il medico è giuridicamente un operatore impareggiabile per cui egli avrà bisogno anche di uno statuto giuridico impareggiabile.

Solo attraverso uno statuto sulla impareggiabilità del medico riusciremo a trovare una risoluzione congrua alla “questione medica”?

Quindi il futuro codice deontologico non dovrà limitarsi a ribadire il principio dell'autonomia professionale e cavarsela con qualche petizione di principio.

Al contrario, io credo, che il futuro codice dovrà predisporre le condizioni necessarie non per difendere l'autonomia che avevamo una volta ma per sviluppare la nuova autonomia che ci serve.

La questione dell'autonomia non passa per la sua apologia ma passa per la sua estensione.

Oggi non si tratta di recuperare l'autonomia rubata o perduta ma di costruire un genere nuovo di l'autonomia quello di cui abbiamo bisogno oggi in questa società in questa realtà per fare al meglio come sempre il nostro mestiere.

Grazie per la vostra pazienza.

Ivan Cavicchi

*Docente di Sociologia delle Organizzazioni Sanitarie,
Logica e Filosofia della Scienza, Univ. Tor Vergata Roma*

¹⁰ I. Cavicchi, *La scienza impareggiabile medicina medico malato*, Castelvecchi editore, 2022.

CODICE DEONTOLOGICO E PROFILI DI RESPONSABILITÀ MEDICA

LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE TRA COSCIENZA E CODICE DEONTOLOGICO

di Patrizia Piccialli

Quali sono i valori che devono guidare il medico nella sua attività?

La risposta non sembra difficile: il rispetto della vita e della dignità della persona da perseguire seguendo l'antica formula "secondo scienza e coscienza".

E che vuol dire nella nostra epoca – caratterizzata da elevata tecnologia, medicina telematica, di precisione ed intelligenze artificiali – questa formula?

La risposta è sempre la stessa: il medico pone a disposizione del paziente il suo sapere e tale sapere deve essere sostenuto e – a volte anche corretto – dall'uso consapevole nell'interesse esclusivo del malato.

Anche nei casi sopra indicati il medico persegue sempre l'interesse del paziente, garantendo, per quanto di competenza, la sicurezza delle tecniche.

E non dobbiamo dimenticare che il comportamento del medico, anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa (art. 1).

Il codice deontologico, attraverso l'insieme delle norme, disegna la figura di questo medico consapevole della sua alta funzione, attento alle esigenze del singolo e della collettività, rispettoso della volontà del paziente (artt. 35-39) e dei ruoli degli altri protagonisti sulla scena della salute. Mi riferisco ai rapporti con i colleghi, improntati al principio di solidarietà e collaborazione e al reciproco

rispetto delle competenze tecniche, funzionali ed economiche (art.58) con gli altri professionisti sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura (art.66) e con le strutture sanitarie pubbliche e private, concorrendo alle finalità sanitarie delle stesse (art. 68).

L'obiettivo della deontologia professionale è quello di creare un perimetro consapevole e condiviso di "linee guida", non solo professionali, ma anche etiche, morali e comportamentali in grado di coniugare al meglio il rapporto medico/paziente ed il rapporto con gli altri protagonisti della scena (come detto sopra, i colleghi, gli operatori sanitari, le aziende sanitarie).

Autonomia del medico e della deontologia rispetto alla norma giuridica.

Poiché la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita dall'autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione¹.

E va riaffermata con energia l'autonomia della deontologia anche rispetto alla continua e incessante opera di "legificazione" di tutti gli aspetti in cui si svolge l'attività del medico.

La norma giuridica, infatti, non può pretendere, senza tradire i suoi peculiari aspetti di generalità e di astrattezza, di regolamentare l'universalità dei comportamenti umani soprattutto in campi particolarmente delicati come quelli relativi allo svolgimento dell'attività professionale del sanitario.

Prospettive per il "nuovo" codice deontologico.

Rispetto al codice deontologico – la cui ultima versione risale al 2014 – sono intervenute almeno tre importanti eventi in tema di responsabilità del sanitario, con evidente incidenza, anche ai fini deontologici: la legge n. 24 dell'8 marzo 2017 (cd.

¹ Corte cost., sent. 282 del 2002.

legge Gelli-Bianco), entrata in vigore il 1° aprile 2017, la legge n. 219 del 22 dicembre 2017 sul consenso informato e la sentenza della Corte costituzione 242 del 2019, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 cod. pen. nella parte in cui non esclude la punibilità di chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio nelle ipotesi ivi previste.

Il codice deontologico è adeguato alla legge Gelli-Bianco?

L'art. 590- sexies, comma 2, cod. pen., introdotto dalla legge Gelli-Bianco, prevede: “Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alla specificità del caso concreto”.

La legge Gelli-Bianco riconosce la non punibilità solo al sanitario che abbia fatto applicazione di linee guida correttamente individuate e che abbia errato nella loro applicazione.

Partendo, pertanto, dal presupposto che *l'attività del medico è un'attività rischiosa consentita dalla legge perché socialmente utile*, l'art. 590 sexies c.p. va inquadrato nel tentativo di valorizzare da parte del legislatore i principi che l'obbligazione del medico non è una obbligazione di risultato ma una obbligazione di mezzi, onde sarebbe un errore stabilire l'equazione morte o lesione del paziente/responsabilità del medico.

Ci sono rischi ineliminabili ed imprevedibili in ogni intervento medico in relazione ai quali un addebito di colpa non è articolabile.

In questa prospettiva suggerirei di aggiungere sub art. 26 (Cartella clinica), in linea con lo spirito della legge:

“In cartella il medico è tenuto ad indicare le linee guida o le buone prassi accreditate che ha inteso seguire o disattendere rispetto al caso concreto”.

Tale indicazione contribuisce a limitare l'autonomia valutativa del magistrato e costituisce utile strumento di partenza per i CTU.

Il codice deontologico è adeguato alle modifiche previste dalla legge del 22 dicembre 2017, n. 219 in materia di consenso informato²?

² 1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.

Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché' riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare.

Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici.

Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirle.

In alcuni casi, l'ha addirittura preceduta.

Mi riferisco, in particolare, all'art. 20, laddove, al secondo comma, parla del “tempo della comunicazione quale tempo di cura” (art. 1, comma 8, l. 219/17): “Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”.

Vi sono eventuali integrazioni da apportare?

Dal punto di vista strettamente giuridico il rapporto con i pazienti è oggi regolato dalla disciplina del consenso informato.

La legge 219/17 (contenente “norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento”) ha il merito di aver chiarito taluni aspetti in tema di esercizio dell'autodeterminazione terapeutica del paziente, enunciando espressamente garanzie in passato assicurate esclusivamente dalla giurisprudenza (vedi casi *Welby* ed *Englaro*).

Senza il consenso informato della persona interessata, infatti, nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge (articolo 1, comma 1).

Si è precisato, in particolare, che al medico non è attribuibile un generale diritto a curare a prescindere dalla volontà dell'ammalato, perché “la legittimità di per sé dell'attività medica richiede per la sua validità e concreta liceità, in principio, la manifestazione del consenso del paziente, il quale costituisce un presupposto di liceità del trattamento medico chirurgico”, in quanto l'atto di assenso “afferisce alla libertà morale del soggetto ed alla sua autodeterminazione, nonché alla sua libertà fisica intesa diritto al rispetto della propria integrità corporea, le quali sono tutte profili della libertà personale proclamata inviolabile dall'art. 13 Cost”³.

L'eccezione a tale principio è duplice: da un lato, i casi di trattamento obbligatorio, dall'altro, i casi in cui può utilmente invocarsi per il sanitario l'esimente dello stato di necessità (art. 54 c.p.), rinvenibile in tutte le situazioni in cui l'omesso intervento

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

³ Cass Sez.3, n.18864 del 22/02/2019, Gambaro, che fa riferimento a Cass. Sez. 4, n. 11335 del 16/01/2008, Huscher e Sez. 4, n. 34521 del 26/05/2010, Huscher.

porrebbe in gravissimo pericolo la vita della persona – bene che riceve e si correda di una tutela primaria nella scala dei valori giuridici a fondamento dell’ordine giuridico e del vivere civile – sempre nel rispetto della volontà consapevole del paziente, che non abbia espresso la rinuncia o il rifiuto di trattamenti necessari alla propria sopravvivenza.

In tal senso, va sottolineato che la nuova disciplina introdotta dalla legge n. 219 del 2017 sancisce la piena supremazia dell’autodeterminazione del paziente.

Cosa vuol dire consenso informato?

Occorre registrare due fasi: la prima informativa, che ha come protagonista il medico che dovrà spiegare con chiarezza le percentuali di successo, le controindicazioni, gli effetti collaterali, le statistiche di rischio e alternative; la seconda decisionale, che appartiene al malato e qualora vengano formulate richieste contrarie a norma di legge, deontologia professionale o buone pratiche assistenziali, vengono meno gli obblighi professionali del medico.

E qui si innesta una questione di rilievo: quale informazione è tenuto il medico a fornire? L’informazione ristretta alla natura degli accertamenti diagnostici che si rendano necessari⁴ o la prospettazione chiara della situazione di pericolo, nelle ipotesi in cui è elevato il rischio che la malattia degeneri in una situazione grave – o addirittura nella morte – ed il paziente non collabora?

In sintesi, nell’ipotesi in cui che il paziente rifiuta gli ulteriori accertamenti diagnostici e firma la cd. liberatoria, il medico è tenuto a comunicare al paziente il grave rischio a cui si sta esponendo?

In questo senso il codice di deontologia medica, nell’ultima versione all’art. 33⁵,

⁴ In questo senso Cass. Sez. IV, 26 set. (7 ott. 13) n. 41396, Gasperetti, est. Blaiotta e Cass. Sez. IV, 8 ott. 13 (31 gen. 14) n. 4957, Liotti, est. Foti. Secondo Cass. Sez. IV, 4 lug. (21 ott. 2005), n. 38852, Da Re, est. Visconti, “... quanto più è elevato il rischio che la malattia degeneri in un evento grave, tanto più il medico deve prospettare con chiarezza la situazione di pericolo al paziente...”.

⁵ Art. 33 - Informazione e comunicazione con la persona assistita.

Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un’informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura.

Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappre-

comma 2, impone al medico di comunicare con la persona assistita tenendo conto “della sua sensibilità e reattività emotiva, in particolare in caso di prognosi gravi ed infauste, senza escludere elementi di speranza”.

Proprio in virtù del principio che il consenso deve essere libero ed informato inserirei con chiarezza in calce all’articolo: “in caso di prognosi gravi, il medico è tenuto a comunicare il rischio di aggravamento della patologia o di morte, se il paziente non collabora”.

Il divieto di accanimento terapeutico

L’art.1, comma 6, legge 219 del 2017, prevede l’obbligo del medico, già previsto dall’art. 39 del codice di deontologia medica, di accompagnare il paziente verso la morte, alleviando la sofferenza, anche attraverso le cure palliative e la sedazione del dolore, così tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita.

La legge contiene altresì l’esplicita enunciazione del divieto di accanimento terapeutico (v. articolo 2, comma 2) che parla di trattamenti inutili o sproporzionati: nei casi di pazienti con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dar ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati.

Anche il codice deontologico del 2014 prevede, all’articolo 39⁶, l’infrazione alla regola deontologica che impone di astenersi dal cosiddetto accanimento terapeutico, inteso come ostinazione in trattamenti da cui non possono attendersi benefici per il

sentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza.

Il medico rispetta la necessaria riservatezza dell’informazione e la volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l’informazione, riportandola nella documentazione sanitaria.

Il medico garantisce al minore elementi di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico-terapeutici programmati, al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale.

⁶ Art. 39 - Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza.

Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita.

Il medico, in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza del paziente, prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento.

paziente.

È configurabile un profilo di colpa specifica nei confronti del medico che violi tale divieto?

Si, perché è previsto dalla legge, non perché è previsto dal codice deontologico.

Il codice deontologico attuale prevede le conseguenze in caso di acquisizione di un consenso non informato?

Un consenso non informato sarebbe un non consenso.

Allo stato, l'acquisizione del consenso informato, *intesa quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico*, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi dagli articoli 2, 13 e 32 della Carta costituzionale⁷.

La mancanza del consenso è censurabile deontologicamente e civilisticamente, anche se non esclude che l'attività del medico può essere sempre scriminata dalla finalità ed esigenza curativa, che trova concorrente tutela in sede costituzionale.

Anche alla luce del portato della legge 219 del 2017 deve ritenersi che nella ipotesi sopra indicata, dalla omessa informazione non si produce, di regola, un danno alla salute ma la lesione del diritto ad una scelta consapevole del paziente.

La mancanza o l'invalidità del consenso del paziente non hanno di per sé alcuna rilevanza penale, con le eccezioni del dissenso e dell'atto abnorme⁸.

Assume, invece, rilevanza dal punto di vista penale la mancanza del consenso informato⁹ nei casi in cui il paziente non informato rifiuta le cure e subisce il danno prodotto dall'evoluzione del quadro non prospettata.

Il comma 3 dell'articolo 1 della legge 219/17 afferma infatti che “ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del

⁷ Corte cost., sent. 438 del 2008.

⁸ Cass. Sez. U, n. 2437/2008, Rv. 241752, Rel. Macchia, Giulini e altro.

⁹ Cass. Sez. 4, n. 8464 del 17/02/2022, Pennacchio.

trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi [...]”.

È stata, pertanto, affermata, in questi ultimi casi, la natura cautelare dell'obbligo informativo, venendo in gioco anche il diritto alla salute e non solo quello alla scelta consapevole del trattamento sanitario.

Esiste il diritto costituzionale di essere aiutato a suicidarsi dopo la sentenza della Corte Costituzionale 242 del 2019?

La legge 219 non riconosce il diritto a morire ma vi è la libertà di fatto di morire rinunciando alle cure.

Ed esiste il diritto costituzionale di essere aiutato a suicidarsi?

A quali condizioni è lecito causare o non impedire la morte del paziente interrompendo il trattamento che lo tiene in vita?

La legge attuale ha riconosciuto che ogni trattamento di sostegno vitale costituisce un intervento invasivo del corpo del paziente che come tale richiede una specifica legittimazione in ragione della sua interferenza con il diritto all'integrità fisica della persona.

La nuova sensibilità giuridica riconosce pacificamente all'individuo un diritto fondamentale in forza dell'art. 32 Cost. comma 2, di dire no a qualsiasi terapia, anche nell'ipotesi in cui il rifiuto del trattamento esponga il paziente al rischio della vita o alla prospettiva di una morte certa.

Il dissenso deve essere espresso, inequivoco ed attuale.

Ciò che rileva è che il dissenso sia manifestato dopo che il paziente sia stato pienamente informato sulla gravità della propria situazione e sui rischi derivanti dal rifiuto delle cure.

Di rilievo esemplificando sono il rifiuto delle trasfusioni di sangue da parte del testimone di Geova, ovvero il rifiuto della chemioterapia da parte di un malato di tumore.

Con il rifiuto cessa l'obbligo per il medico di proseguire la cura, ma tale rifiuto genera ulteriori obblighi a carico del sanitario, il quale deve verificare la consapevolezza del paziente in merito agli effetti del rifiuto e prospettargli – anche ricorrendo

all'ausilio di apposita assistenza psicologica – la possibilità di revocarlo.

L'art. 17 dell'attuale codice deontologico "Atti finalizzati a provocare la morte" afferma che: "Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte".

Non è più sufficiente dopo la sentenza della Corte costituzionale 242/2019 che nei casi limitati, ivi indicati, riconosce il diritto costituzionale di essere aiutato a suicidarsi.

La Corte costituzionale ha individuato una circoscritta area di non conformità costituzionale dell'art.580 cod.pen. nei casi in cui l'aspirante suicida si identifichi: 1) in una persona affetta da una patologia irreversibile; 2) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili; c) tenuta vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitali; d) ma resti capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

La Corte, individua, altresì, come già ritenuto in via interlocutoria, la terapia del dolore e l'accesso alle cure palliative quali prerequisiti della scelta da compiere, nell'implicito convincimento che la determinazione del soggetto malato per una soluzione di morte non può considerarsi libera ove egli sia afflitto da sofferenze croniche divenute intollerabili e non lenite da trattamenti lenitivi. Si tratta di locuzioni *latu sensu* scriminanti indicate nella ordinanza della Corte costituzionale 207 del 2018.

Di tale carenza si è fatto carico il codice deontologico che nell'indirizzo applicativo allegato ha previsto:

“La Libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare”.

Aggiungerei:

“Non è previsto un obbligo in capo ai medici di prestare tale aiuto, nei casi sopra indicati, restando affidato alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato”.

Patrizia Piccialli

Presidente Corte Suprema di Cassazione, sezione IV penale

CODICE DEONTOLOGICO E RESPONSABILITÀ CIVILE

di Giacomo Travaglino

Il titolo di questa nostra chiacchierata andrebbe forse riformulato sotto forma di domanda: non “Codice deontologico e responsabilità civile”, ma piuttosto “Quali rapporti immaginare, in una prospettiva futura, all’esito di una nuova stesura del Codice deontologico, tra la responsabilità civile e le regole – sostanzialmente etiche – che sono contenute nell’attuale versione del Codice”.

Ecco, sarei del parere che il Codice deontologico debba “aprirsi” all’esterno, che non debba strutturarsi soltanto come un elenco di regole, di indicazioni, di comportamenti etici, ma possa dare, anche se indirettamente, delle indicazioni utili alla stessa giurisdizione.

Se sono qui, è per parlarvi di diritto, di principi giurisprudenziali, di orientamento dei giudici di legittimità, insomma di argomenti assai poco accattivanti per chi pratica la scienza medica: ma la eventuale interazione tra questi due momenti, la deontologia e la giurisdizione, può essere in qualche misura realizzata non attraverso una sostanziale riscrittura del Codice, il cui impianto mi sembra ancora attuale e convincente (personalmente, e per quel che vale, non lo cambierei nella sostanza, salvo ristrutturarne l’architettura in vista di una sempre più intensa tutela dei diritti fondamentali della persona, anche alla luce dei più recenti interventi normativi e giurisprudenziali) ma rivedendo il contenuto di alcune specifiche norme in una prospettiva di “indicazioni comportamentali” da offrire alla giurisprudenza. Parlo, naturalmente, della giurisprudenza civile, consentendole di restringere i margini di opinabilità e di discrezionalità che sono stati molto spesso un po’ il tormento della classe medica.

Perché dico questo? Perché una volta il medico era portatore indiscusso di quella che lui stesso ha definito “autorevolezza professionale”: in realtà, non limiterei alla sola dimensione professionale l’autorevolezza del medico di un tempo; un tempo il medico aveva autorevolezza a 360° agli occhi del paziente, che si rivolgeva a lui con afflato quasi fideistico (erano lontani i tempi delle autodiagnosi via Internet).

Non abbiamo il tempo necessario a ripercorrere diacronicamente le tappe e la storia della responsabilità medica, però sappiate che nel 1871 la Cassazione di Napoli

ritenne il medico inattuabile da qualsiasi domanda risarcitoria, a meno che non avesse dato prova *dell'animo deliberato del malaffare*. Erano tempi in cui non era soltanto professionale l'autorevolezza e l'inattuabilità della figura del medico, posto sostanzialmente al riparo da qualsiasi pretesa risarcitoria: poi le cose sono cambiate, perché la storia della responsabilità civile in campo sanitario è storia a dir poco complessa. Se si volesse rendere questa storia con un'immagine, viene alla mente la figura di un pendolo che oscilla, e non oscilla in modo armonico, ma spesso si muove in modo scomposto e tempestoso.

A distanza di quasi un secolo, cambia completamente la scena disegnata dalla Cassazione di Napoli in epoca preunitaria. Assistiamo ad una nuova lettura della responsabilità sanitaria che si incamminerà lungo sentieri speculari rispetto a quanto accaduto negli stessi anni 70 nel diritto del lavoro. Il diritto del lavoro è stato spesso adattato ad esigenze di giustizia attraverso una interpretazione "creativa" dei Pretori, cioè di quello che era il primo grado di giurisdizione, mentre la "rivoluzione" della responsabilità sanitaria – quella che molti medici ritengono essere un po' la storia della loro persecuzione da parte della terza sezione civile della Cassazione – nasce segnatamente a livello di giurisprudenza di legittimità.

Limiti di tempo mi impediscono, ovviamente, di farvi partecipi dell'evoluzione giurisprudenziale che parte dalla seconda metà degli anni '70, e soprattutto della storia di alcune pronunce che sono state pietre miliari nel trasformare completamente questa visione del medico – da autorevole, rispettato, a volte temuto professionista in preda risarcitoria ambitissima e sempre più facilmente attingibile attraverso una interpretazione che non pochi autori, in dottrina, hanno ricostruito in termini di nascita di un vero e proprio sottosistema transtipico di responsabilità (quando non addirittura come stravolgimento dei principi classici della responsabilità civile).

In estrema sintesi, dal 1978 in poi muta radicalmente (mi scuso se dovrò parlarvi in termini tecnico-giuridici sicuramente molto noiosi, cercherò di essere il più chiaro possibile) il regime della prova della colpa, che normalmente grava sul soggetto che propone una domanda risarcitoria – è il paziente che, ai sensi dell'art. 2043 c.c., deve provare la colpa del medico rispetto all'insuccesso. Nel 1978, una sentenza storica, la n. 6141, inverte questo regime probatorio con tre parole misteriose (per chi ha poca dimestichezza con la lingua latina), "*res ipsa loquitur*" (siamo un Paese che spesso preferisce celarsi dietro formule assai astruse, in questo caso ricorrendo alla lingua latina: i tedeschi usano, senza nascondimenti, la loro lingua, discorrendo di *Anscheinsbeweis*). Sarà dunque il medico che dovrà provare di non essere in colpa, quantome-

no nell'esecuzione degli interventi cd. routinari. Il passaggio successivo sarà in tema di nesso causale, uno degli argomenti più delicati e spinosi da indagare, come voi sicuramente sapete, e anche a questo proposito assistiamo ad un primo passaggio, apparentemente distonico (se non incomprensibile per chi abbia dimestichezza con le scienze esatte) che sembrerebbe evocare le teorie dei fisici quantistici (e la celebre scatola del gatto di Schrödinger), di cui vi dirò a breve.

Nel 1999, la sentenza n. 589 trasformerà la responsabilità extracontrattuale del medico (la cui dimensione processuale imponeva al paziente di provare tutti gli elementi dell'illecito) in responsabilità "da contatto sociale", che veniva attratta nell'orbita della responsabilità contrattuale, con conseguente, significativo alleggerimento dell'onere probatorio per il paziente stesso.

Tornando al nesso di causalità, i giudici civili affermeranno ancora, nel 2004, con la sentenza n. 4400, che i criteri di causalità civilistici sono diversi da quelli che applica il giudice penale: identici i fatti, i protagonisti, le circostanze, il giudice penale, in assenza di un nesso eziologico fondato sul criterio dell'alto grado di probabilità logica e di credenza razionale (cioè, in sintesi, "oltre il ragionevole dubbio": Cass., sez. un. penali, sentenza 30328/2002), assolverà l'imputato per difetto di prova del nesso eziologico tra condotta ed evento.

E il giudice civile? Il giudice civile, disponendo del medesimo materiale probatorio, potrà invece condannare il convenuto al risarcimento del danno.

Questa evidente ed apparentemente inspiegabile distonia processuale sembrerebbe dar ragione a chi un tempo sostenne che "per fare i giudici bisogna essere mentalmente disturbati": al di là della parziale condivisibilità dell'affermazione, non c'è tempo per spiegare perché, tutto sommato, la storia di questa divaricazione dei nessi di causalità civile e penali ha un fondamento anche giuridico.

Accanto a queste distonie sostanziali e processuali, si svilupperà una nuova storia del danno risarcibile: quella piccola norma del Codice civile, l'articolo 2059, già dalla sua rubrica dava la misura, nella visione del legislatore del '42, di questa sorta di residualità, di marginalità della sua natura proprio alla luce della sua collocazione sistematica. Il legislatore del '42 (siamo al tempo della piena tutela della proprietà e del patrimonio) l'aveva immaginata come una sorta di norma ancillare al reato, ritenendo che soltanto la consumazione di un reato potesse consentire il risarcimento (anche) del danno non patrimoniale – cioè quello che comunemente si definisce il danno alla persona (nella relazione di accompagnamento al Codice civile, si legge che questa scelta presupponeva che, in tali casi, fosse "più intensa l'offesa all'ordine

giuridico”, poiché della persona in sé, in realtà, al legislatore del ‘42 non importava granché).

Questa visione e questa lettura della norma di legge ordinaria, alla luce dei principi costituzionali, cambieranno radicalmente, e cambia radicalmente anche la scena risarcitoria, con la comparsa, a seguito della sentenza n. 186 del 1986 della Corte costituzionale, del danno biologico, il cui fondamento risarcitorio verrà rinvenuto nell’art. 32 della Carta fondamentale.

Ora capite bene che, attraverso questa lunga storia giurisprudenziale, e cioè dal 1978 al 2017, anno di entrata in vigore della Legge Gelli-Bianco, si viene a creare un sistema in cui il medico diverrà una sorta di preda risarcitoria in una dimensione quasi oggettiva di responsabilità, perché, quanto alla colpa, sarà il medico a doverne provare l’assenza, quanto al nesso di causalità, al criterio dell’oltre ogni ragionevole dubbio si sostituisce quello del “più probabile che non” – e sarà ancora il medico a dover provare, sostanzialmente, secondo le otto sentenze del 2008 sui danni da trasfusione di sangue infetto (nn .576-)584) l’assenza di nesso causale tra la sua condotta e il danno lamentato dal paziente.

Poi, dopo il 2017, cambia lentamente la storia della giurisprudenza, cambia per via normativa, perché dovete considerare che questa perfidia dei giudici di legittimità ha trovato terreno fertile nell’assoluta mancanza di un qualsivoglia intervento legislativo. Il legislatore resta silenzioso per decenni e tutto questo in parte impone e sicuramente consente alla giurisprudenza di legittimità di creare, come abbiamo visto, un sottosistema di responsabilità sanitaria.

Prima del 2017, come tutti ricorderete, ci fu un primo intervento normativo, la legge Balduzzi del 2013, non particolarmente felice: si ritiene comunemente che l’articolo 3 di quella legge sia stato scritto male, ma, personalmente, ho sempre avuto la sensazione che, più che scritto male, fosse una sorta di “*balon d’essay*”, dal significato oscuro, ma dal significato, neanche troppo nascosto, volto a riportare la responsabilità sanitaria nell’alveo della responsabilità extracontrattuale, nel segno del “vediamo come lo interpreta la giurisprudenza”.

La legge Gelli Bianco risolverà tutta una serie di problemi, riportando la dimensione professionale del medico nell’ambito di una responsabilità nuovamente e testualmente extracontrattuale, che impone al paziente, come abbiamo visto, di tornare a provare tutti gli elementi dell’illecito, e contiene una norma, apparentemente insignificante, che credo sia sfuggita credo ai più.

Per rendere un po' meno noioso questo lungo rosario di norme e di sentenze, ricorderò con voi che la Legge 24 entra in vigore nonostante io abbia implorato l'Onorevole Gelli di non promulgarla e di non farla entrare in vigore in quelle date. Vi chiederete perché: rubo un minuto alla relazione, perché la Legge viene promulgata di venerdì 17 dell'anno 2017 (il che, per un napoletano, è gravissimo). E quando entra in vigore? Il primo Aprile (e ho detto tutto).

La norma *significante-vuoto* – *significato-nascosto* della Gelli Bianco è l'articolo 7, ma non il primo, secondo, terzo e quarto comma – che disciplinano una nuova dimensione di responsabilità più favorevole al medico – bensì il quinto comma, che recita testualmente: “*queste disposizioni costituiscono norme imperative ai sensi del Codice civile*”. Norma apparentemente priva di senso, perché le norme imperative disciplinano la responsabilità contrattuale e non quella extracontrattuale (che torna ad applicarsi al medico), mentre il richiamo al Codice civile è un secondo non-senso, trattandosi di una legge speciale.

Ma è noto che, dietro i significanti vuoti, alle volte, si celano, e vanno indagati, i sottotesti occulti.

Il significato nascosto di questo articolo 7, comma 5 è probabilmente quello di rivolgere ai giudici italiani l'invito “a tenere giù le mani da questa Legge”, di non provare a rievocare – o tentare di ripristinare – anche solo in parte, i principi affermati in passato in tema di onere della prova della colpa e del nesso causale.

La giurisprudenza di legittimità ha colto questo avvertimento, dando segnali precisi, sul piano degli oneri probatori, in tema di causalità (Cass. 18392/2017), di consenso informato (Cass. 7248/2018), di perdita di *chance* (Cass. 5641/2018), di danno non patrimoniale (Cass. 7513/2018), in un'ottica di “rassicurazione” della classe medica attraverso una rigorosa applicazione della nuova normativa, volta che, di questa rassicurazione, di questa consapevolezza di non essere più ingiustamente perseguitati, la classe medica sicuramente aveva bisogno.

Così, la sentenza 18392/2017 riporta a regolarità processuale il riparto dell'onere della prova sul nesso causale (se, fino al 2017, si era ritenuto che l'incertezza causale predicata dal CTU – che chiudeva una consulenza dottissima con un “non so dire qual è la causa di questo danno” – ridondasse a carico del medico, dopo questa pronuncia non sarà più il medico a rispondere dell'incertezza, ma sarà il paziente che si vedrà rigettare la domanda).

La pronuncia 5641/2018, a sua volta, ha significativamente circoscritto l'area della

responsabilità e della risarcibilità da perdita di *chance*, mentre, in tema di consenso informato, si è passati dalla sentenza n. 5444 del 2006 – che sostanzialmente lo aveva ricostruito in termini di danno *in re ipsa*, come si dice in gergo giuridico, e cioè di una sorta di danno “automatico”, risarcibile per la sola mancanza di una corretta informazione – alla sentenza 7248 del 2018, che spiega come non basta la sola omissione o parziale omissione dell’informazione al paziente, ma, per predicarne la risarcibilità, è necessario che il soggetto provi che a quel consenso sia conseguito un danno, perché, ove informato, o non avrebbe acconsentito all’intervento o probabilmente si sarebbe comunque regolato in modo diverso.

Avviandomi alla conclusione, e senza star qui a snocciolarvi un altro elenco di pronunce recenti, che sarebbe anche molto noioso, resta da dire che l’architettura complessiva disegnata dalla recente giurisprudenza di legittimità mostra una tendenza al riequilibrio delle rispettive posizioni medico-paziente sul piano processuale, con un ritorno quantomeno parziale ad un passato di maggiore tutela della figura del medico. Ecco perché mi permetto di suggerire che il Codice deontologico potrebbe essere forse “riverniciato”, a cominciare dall’articolo 2 (attraverso il quale si potrebbe procedere alla tipizzazione degli illeciti disciplinari) per proseguire con una serie di piccoli interventi “ortopedici” in tema di obbligo di intervento e di rifiuto dell’intervento – previsti, se non ricordo male, all’articolo 8 e all’articolo 22 – da precisare in modo più specifico. Tenete conto, per quanto possa apparire una vicenda di nicchia, che, per i testimoni di Geova, si è posto più di una volta il problema del dissenso alla trasfusione salvavita: quindi, andrebbe precisato, forse nell’articolo 22, dove si parla di rifiuto alle prestazioni, che di rifiuto, in quel caso, non si parla *tout court*, ma solo di rifiuto preventivo nel momento in cui il testimone di Geova comunica espressamente al medico (come più volte è accaduto: Cass. 23676/2008) “in qualunque situazione, anche di pericolo di vita, io non consento la trasfusione”. In questo caso l’unica possibilità che può essere riservata al medico è quella rifiutare l’intervento, per non violare il suo giuramento e il suo dovere deontologico che è quello di curare, cioè di garantire la salute del soggetto).

Anche sul consenso informato credo che, all’articolo 28, andrebbero meglio precisati tutti i relativi termini, così come andrebbe meglio specificato il contenuto della cartella clinica.

Perché? Perché questo offrirebbe alla giurisdizione un supporto scientifico da utilizzare non come dettato paranormativo, ma come linee guida; ed anche sulle linee guida sarebbe opportuno pretendere, dopo l’indicazione contenuta nella legge

24/2017, che vengano elaborate e pubblicate linee guida veramente accreditate, che possano consentire al medico un domani di difendersi dicendo “Questa è la linea guida, e la specificità del caso concreto, pur evocata dalla Gelli Bianco, non era tale da impormi un comportamento diverso da quello indicato”.

Giacomo Travaglino

Presidente Corte Suprema di Cassazione, III sezione civile

RAPPORTO TRA DEONTOLOGIA PROFESSIONALE E RESPONSABILITÀ DISCIPLINARE

di Maurizio Grossi

Il codice di deontologia medica (CDM) è un insieme di principi e norme che regolano la professione medica nei suoi aspetti etico-sociali e nei suoi riflessi legali.

Le regole e i precetti deontologici sono garantiti dalla previsione della responsabilità disciplinare nel caso in cui siano violati (cfr. art. 2 del CDM 2014).

Quindi le regole deontologiche sono distinte da altre forme di regolamentazione dell'attività medica derivanti da fonti del diritto elaborate da autorità statali o da altre forme di regolamentazione del sapere tecnico-scientifico come possono essere linee-guida di società scientifiche.

La potestà disciplinare degli Ordini veniva già prevista dal decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato del 13 settembre 1946, n°233 in cui all'art.3 si diceva tra l'altro "...l'Ordine ha la funzione di esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti inseriti nell'albo".

Funzione disciplinare degli Ordini rafforzata dalla legge n° 3 del 2018, così detta legge Lorenzin, sul "Riordino delle professioni sanitarie".

In questa legge si definisce la natura degli Ordini come "enti pubblici non economici" che agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare interessi pubblici connessi all'esercizio professionale. Inoltre si dice che gli Ordini sono dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare, promuovono la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei rispettivi codici deontologici al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva. Sempre in questa legge si dice che gli Ordini vigilano sugli iscritti agli Albi, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività professionale, compresa quella societaria, irrogando sanzioni disciplinari secondo una graduazione correlata alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito, tenendo conto degli obblighi a carico degli iscritti, derivanti dalla normativa nazionale e regionale vigente e delle disposizioni contenute nei contratti e nelle convenzioni nazionali.

La funzione disciplinare degli Ordini si attua quindi con l'esercizio di poteri che sono diretti ad accertare la responsabilità disciplinare in capo all'iscritto, conseguen-

te alla inosservanza dei doveri professionali previsti dalle norme deontologiche, che possono poi incidere sulle situazioni giuridiche soggettive degli iscritti all'Albo.

Si può senz'altro dire che la funzione disciplinare costituisce una delle più complesse e delicate attribuzioni tra quelle affidate dall'ordinamento giuridico al sistema ordinistico delle professioni intellettuali.

Il corretto esercizio della professione medica è un interesse pubblico e il legislatore, da sempre, ha scelto di affidare il controllo alla stessa comunità medica, ritenendolo il modo migliore per garantire questa tutela e non, ad esempio, attribuendola a organi periferici della amministrazione statale (tribunali) o ad autorità indipendenti che poco o nulla conoscono della professione e delle sue dinamiche.

Un tempo la deontologia medica aveva maggiormente una “valenza interna” alla professione e si concentrava molto sul decoro, dignità e comportamenti professionali.

Oggi la deontologia ha maggiormente una “valenza esterna” alla professione concentrandosi sul paziente, sulla società, sull'ambiente.

Attualmente possiamo individuare 5 aree della responsabilità disciplinare: nei confronti della persona (diritto alla vita, diritto alla salute, principio di eguaglianza); verso la società; nei confronti dei colleghi e altri professionisti sanitari; verso l'organizzazione del lavoro; nei confronti della professione.

In forza dell'art 38 del DPR 5 aprile 1950, n°221, regolamento di esecuzione del decreto legislativo del capo provvisorio dello Stato del 13 settembre 1946, n°233, “i sanitari che si rendono colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione, o comunque di fatti disdicevoli al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del Consiglio dell'Ordine della provincia nel cui Albo sono iscritti”.

Va ricordato che il procedimento disciplinare dell'Ordine dei Medici è di tipo amministrativo e solo il procedimento instaurato in seguito di un eventuale ricorso ha natura giurisdizionale. Quest'ultimo avviene davanti alla Commissione Centrale Esercenti le Professioni Sanitarie (CCEPS) che, da un lato, costituisce un così detto giudice speciale e dall'altro, è istituito direttamente presso il Ministero della Salute ed è pertanto formalmente esterno alla struttura dell'Ordine dei Medici italiano.

La pronuncia di una giurisdizione statale, qual è la CCEPS, sulle decisioni adottate dalle Commissioni disciplinari ordinistiche permette una forma di controllo dell'ordinamento giuridico sulla applicazione delle regole deontologiche in sede di responsabilità disciplinare.

Sempre il legislatore ha poi determinato le sanzioni: avvertimento, censura, sospensione, radiazione.

Nell'attuale CDM sono contenute disposizioni immediatamente e direttamente precettive per l'attività sanitaria in genere, le quali sono destinate necessariamente ad integrare le regole generali fissate dall'ordinamento giuridico. Sempre nel CDM sono anche contenuti principi generali che esprimono con la loro "vaghezza" l'essenza della normazione deontologica che non mira ad ingabbiare le condotte dei professionisti con meccaniche indicazioni di divieti o liceità specifiche ma costituendone lo "sfondo" su cui volta per volta le decisioni e i comportamenti medici sono chiamati a presentarsi.

Presupposto perché un medico iscritto all'Albo professionale abbia una condotta autenticamente aderente agli scopi della deontologia medica è la conoscenza stessa delle norme deontologiche. Troppo spesso però ci rendiamo conto di come scarsa sia la conoscenza del codice deontologico e quasi assente sia l'insegnamento della deontologia medica nei corsi universitari di medicina.

Oggi c'è una superficiale conoscenza dei contenuti del CDM da parte dei medici stessi.

Compito degli Ordini è sì quello di redigere i codici di deontologia medica, di adattarli alle necessità di una professione in costante evoluzione, di garantirne l'evoluzione nell'interesse dei pazienti ma è anche quello di garantirne l'applicazione e il rispetto delle regole da parte dei loro iscritti facendo una capillare azione di diffusione e facendo conoscere il CDM sia all'interno della professione che all'esterno, alla cittadinanza, al fine di rendere il CDM un intermediario tra professione medica e società (il riferimento va a E. Pulice, *Il ruolo della deontologia medica nel sistema delle fonti del diritto: una analisi comparata*, Trento-Nanterre, 2014, versione aggiornata in corso di pubblicazione).

Maurizio Grossi

Presidente OMCeO Rimini e componente CCEPS

IL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA SUL TAVOLO DEL P.M.

di Paolo Piras

Sul tavolo o nel cassetto?

Può il pubblico ministero servirsi del codice di deontologia medica per formulare l'imputazione contro un medico?

Immaginiamo. Un paziente non ce l'ha fatta. Purtroppo è stato perso. I suoi familiari denunciano il medico che l'aveva in cura. Nel corso delle indagini il p.m. accerta che il medico non ha osservato una o più regole del codice di deontologia. Ad es., ad un paziente psichiatrico un medico prescrive un antipsicotico, da non prescrivere a pazienti con disturbi della conduzione cardiaca, quali una sindrome del QT lungo. Lo prescrive sapendo che il suo paziente è affetto da un tale disturbo, ma ignorando quella controindicazione della molecola. Dall'assunzione del farmaco deriva poi un mortale scompenso cardiaco acuto su base aritmica, ad es., per torsione di punta, degenerante in fibrillazione ventricolare non responsiva al trattamento rianimatorio.

L'art. 13 comma 5 del codice di deontologia impone al medico la conoscenza delle controindicazioni dei farmaci prescritti: può il p.m. imputare al medico di aver perso il paziente perché non ha osservato questa regola?

In termini generali: le regole del codice di deontologia hanno soltanto un fine appunto deontologico? O hanno anche un fine di prevenzione di danni al paziente e quindi cautelare?

Non è frequente che il pubblico ministero si serva del codice di deontologia per formulare l'imputazione. Ma quando lo fa, a torto o a ragione e insieme o no ad altre regole, sicuramente appesantisce l'addebito penale. Eccome.

E allora: lo può fare?

Un approccio integralista porta a rispondere no a questa domanda. Il codice di deontologia identifica le regole che disciplinano l'esercizio professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra e che sono ispirate ai principi di etica medica: così dice infatti espressamente l'art. 1 dello stesso codice. Quindi un fine deontologico.

Ma è possibile anche un approccio relativista. E quindi non solo un fine deontologico, ma anche prevenzionistico, cautelare. Infatti l'art. 3 stabilisce che doveri del medico sono la tutela della vita e della salute psico-fisica e che il medico esercita la sua attività al fine di tutelare la salute individuale e collettiva. Mentre poi i singoli doveri vengono specificati nelle diverse regole contenute nel codice.

Non solo: l'art. 43 c.p. stabilisce che vi sia colpa se non si osservano "discipline" e in questa accogliente nozione può rientrare il codice di deontologia. Inoltre questo codice contiene anche indiscutibilmente anche buone pratiche clinico assistenziali, alle quali il medico è tenuto ad attenersi, ai sensi dell'art. 5 della legge Gelli, in mancanza di linee guida pubblicate nel sito dell'Istituto Superiore della Sanità nella sezione apposita. Come nell'esempio già fatto: appare davvero fuori discussione che costituisca buona pratica clinico assistenziale quella di non prescrivere un farmaco ad un paziente che presenta controindicazioni.

Quindi: un approccio integralista porta ad escludere che le regole del codice di deontologia possano essere utilizzate per formulare l'imputazione. Un approccio relativista porta esattamente alla conclusione opposta.

Quale preferire?

Viene istintivamente da pensare: nel dubbio, basilari principi penalistici di garanzia dovrebbero far propendere per non consentire l'uso del codice di deontologia nell'attribuzione di una colpa al medico. Il pubblico ministero quindi, quando formula un'imputazione contro un medico, dovrebbe avere sul tavolo solo il codice penale. Dovrebbe invece tenere nel cassetto quello di deontologia medica, che dovrebbe portare fuori solo dopo, quando deve decidere se procedere o no disciplinarmente contro il medico, secondo il potere che gli è attribuito dall'art. 38 DPR 221 del 1950.

Questa opinione, chiamiamola del "cassetto", è stata negata implicitamente dalla Corte di Cassazione (sent. 31481 depositata il 23 agosto 22), che ha quindi invece optato per l'opinione del "tavolo". Il caso è quello di un medico in servizio del 118, che si è rifiutato di intervenire, sostenendo che sarebbe dovuto intervenire il 118 di un altro vicino centro urbano. Il paziente, non defibrillato, è deceduto per uno scompenso cardiaco su base aritmica. È stata ritenuta la responsabilità penale del medico non intervenuto e l'imputazione conteneva l'inosservanza dell'art. 7 del codice di deontologia, secondo il quale "Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare ogni specifica e adeguata assistenza".

Inoltre l'opinione del tavolo può giocare un ruolo anche a favore del medico. Infatti, ad una più approfondita riflessione, il codice di deontologia si presenta come un'arma a doppio taglio. Un taglio quindi anche per l'esclusione della responsabilità penale. In termini ancora più concreti: il codice di deontologia può portare il pubblico ministero a non esercitare l'azione penale con la formulazione dell'imputazione, ma può portarlo all'opposta decisione di chiedere l'archiviazione del caso.

Casi come questi, ad es., si sono toccati con mano riguardo alla pandemia Covid-19, durante la quale, come è noto, si sono largamente prescritti farmaci off label, sulla base di razionali, fondati sui meccanismi patogenetici dell'agente SARS-CoV-2. Ebbene, con riguardo appunto alle prescrizioni di farmaci per un'indicazione diversa da quella contenuta nella scheda tecnica, l'art. 3 della legge Di Bella (n. 94 del 1998) richiede che l'impiego off label sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale. Invece l'art. 13 del codice di deontologia richiede qualcosa di meno e cioè che la prescrizione sia scientificamente fondata, accontentandosi così di un razionale di scelta clinica. Pensiamo alla turbolenza prescrittiva che c'è stata, appunto per la cura Covid-19, riguardo all'idrossiclorochina, che ha come indicazione terapeutica la malaria, ma la cui azione farmacologica, secondo studi in vitro nella prima fase pandemica, inibiva la fusione fra il virus e la cellula ospitante, questo in assenza tuttavia di trials clinici che non hanno poi confermato i benefici anche *in vivo*¹. Quindi: assenza di letteratura internazionalmente accreditata sui benefici della molecola in vivo, ma presenza un razionale basato su studi di laboratorio, in linea con il codice di deontologia. O pensiamo anche all'eparina nel setting domiciliare Covid-19, prescritta al paziente allettato solo per l'episodio infettivo e prescritta senza il supporto di una letteratura internazionalmente accreditata. Poniamo che il medico l'abbia invece prescritta ad un paziente che ha poi manifestato un evento emorragico, senza che fossero presenti evidenti fattori di relativo rischio: legge Di Bella alla mano la prescrizione sarebbe comunque colposa, proprio per l'assenza di quella letteratura. Non così invece per il codice di deontologia: la prescrizione potrebbe essere ritenuta scientificamente documentata, perché basata su un razionale fondato. E cioè l'istologia su reperti di parenchima polmonare prelevati al tavolo settorio di pazienti con diagnosi tanatologica di morte Covid-19 correlata. Istologia che ha evidenziato microtrombosi nella rete polmonare e che ha portato appunto a ipotizzare che il SARS-CoV-2, oltre che una comune risposta infiammatoria, potesse causare anche una coagulopatia protrombotica, producendo,

¹ O. Mitjà, M. Corbacho-Monné, M. Ubals *et al.*, *Hydroxychloroquine for Early Treatment of Adults With Mild Coronavirus Disease 2019: A Randomized, Controlled Trial.*, in *Clin. Infect Dis*, 73, 2021, 4073.

ad es., un danno endoteliale quale *primum movens* dell'attivazione della cascata coagulativa². È evidente che in un caso come questo il codice di deontologia gioca un ruolo a favore del medico, dando vita ad un argomento di grande peso difensivo, che può portare il pubblico ministero a chiedere l'archiviazione.

Qui si sono illustrate le ragioni per la scelta: esclusivo fine deontologico del codice o anche fine prevenzionistico. L'opzione spetterà certamente alla Consulta deontologica nazionale, al Comitato Centrale e al Consiglio Nazionale.

Se non si modifica il codice, l'opzione dipenderà dalla discrezionalità interpretativa prima del pubblico ministero e poi del giudice. Come è appunto successo nella citata sentenza del medico del 118 non intervenuto.

Se si modifica il codice e se si vuole affermare il solo fine deontologico del codice, si potrebbe aggiungere la parola “esclusivamente” dopo la parola “ispirate” nello stesso art. 1 comma primo³, che suonerebbe quindi: “Il Codice di deontologia medica... identifica le regole, ispirate esclusivamente ai principi di etica medica...”.

Se invece si vuole ritenere anche un fine prevenzionistico del codice, si potrebbe modificare ancora l'art. 1 comma primo, aggiungendo le parole “e di prevenzione” dopo le parole “principi di etica medica”. Il nuovo tenore sarebbe quindi: “Il Codice di deontologia medica... identifica le regole, ispirate ai principi di etica medica e di prevenzione...”.

Questa modifica avrebbe, forse, anche l'effetto indiretto di indurre i medici ad una maggiore conoscenza del codice di deontologia. Infatti una carenza di conoscenza è spesso lamentata dagli Ordini.

Certamente, il fatto di rendere il codice più esplicito, in un senso o nell'altro, non sarebbe vincolante per la giurisprudenza, perché solo la legge e non un codice di deontologia può vincolare la giurisprudenza. È anche vero però che non sarebbe certo facile disattendere quanto il codice di deontologia porrebbe con una esplicita presa di posizione sul punto, che segnalerebbe con chiarezza l'angolo visuale dal quale le regole sono state pensate e confezionate.

² P. Libby, T. Lüscher, *COVID-19 is, in the end, an endothelial disease*, in *European Heart Journal*, Vol. 41, Issue 32, 21 August 2020, 3038.

³ Questo l'attuale testo: Art. 1. Il Codice di deontologia medica – di seguito indicato con il termine “Codice” – identifica le regole, ispirate ai principi di etica medica, che disciplinano l'esercizio professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra – di seguito indicati con il termine “medico” – iscritti ai rispettivi Albi professionali.

Né codice di deontologia, né codice penale.

L'ideale sarebbe che il pubblico ministero non mettesse mano né sul codice di deontologia e neanche sul codice penale, in quella valanga di casi nei quali la denuncia contro il medico risulta infondata. In quella valanga di casi nei quali la denuncia non si sarebbe dovuta presentare e cioè non malasanità, ma maladenuncia. Gli effetti perniciosi di questa valanga sono ben noti: medici meno sereni e quindi aumento della medicina difensiva.

È possibile contenere questo fenomeno modificando il codice di deontologia?

Sì, è possibile.

E allora chiediamoci: qual è la genesi, o meglio la patogenesi, della presentazione di così tante denunce infondate?

La speranza di un risarcimento e quindi la ricerca di denaro? Certo, talvolta è questa la patogenesi. Come anche talvolta si rileva un'evidente proiezione dei sensi di colpa dei familiari al medico per la morte del congiunto, quando, ad es., sono stati i familiari a convincere il congiunto a ritardare gli accertamenti diagnostici.

Ma la quotidiana pratica giudiziaria segnala una patogenesi molto più frequente e cioè una carente relazione del medico con il paziente e con i suoi familiari.

Ecco una frase che mi sono sentito alquanto spesso dire da pazienti denuncianti: *“Anche se non lo condannano, anche se non mi risarcisce, non fa niente, l'importante è che a quel medico diano una bella lezione!”*. A volte i pazienti denuncianti parlano con tanta aggressività che fanno venire in mente certe notti d'estate nelle quali cerchiamo la zanzara che ci ha punto, per colpirla alla ricerca di sollievo, anche quando abbiamo sul comodino un'efficace pomata antistaminica.

Singolare questa frase che riporto testualmente: *“Non mi ha neanche guardato, non mi ha parlato, non mi ha visitato, ha solo guardato al computer le fotografie che mi hanno fatto dentro”*. Avviene così che il paziente si sente messo da parte a vantaggio del computer. La malattia senza malato. Quel paziente si era sentito il semplice veicolo di un problema che il medico era chiamato a risolvere. Non si era sentito parte del problema. Un'evidente deriva della medicina organo-centrata. Mentre si sa che il paziente non è un organo che non funziona bene, ma è un essere umano con un organo che non funziona bene.

A volte invece i pazienti vengono in Procura più arrendevoli a chiedere il perché della morte di un familiare, che molto spesso è solo ed esclusivamente l'epilogo della

storia naturale della malattia, nonostante tutti i corretti sforzi clinici per impedirne l'evoluzione. Piangono calde lacrime e avuta risposta chiedono: *“Ma perché non ce l'hanno detto? Perché non ce l'hanno spiegato? Bastava così poco...”*. A volte basta davvero poco. Non c'è certo necessità di spiegare, ad es., che l'albero coronarico era diffusamente calcifico, che non era possibile per l'emodinamista disostruire l'occlusione presente nel tratto prossimale dell'interventricolare anteriore e che già c'era stenosi critica nel tronco comune. D'altronde, che cosa ne sanno quasi tutti i pazienti del tronco comune? Comune vorrebbero avere il problema con il medico. E quando vengono usati termini medici per spiegare, la solita frase è: *“Ha usato parole difficili per confonderci le idee”*.

Storie come queste fanno capire che non è solo il paziente ad essere ammalato, ma che anche la relazione medico paziente può ammalarsi.

La relazione non è una fantasia, frutto di una visione romantica della medicina ispirata al romanzo di Cronin. La relazione non si vede, ma esiste. Non tutto ciò che non si vede non esiste, questo è ovvio. Non esistono solo medico da un lato e paziente dall'altro, ma esiste una terza componente: la relazione appunto, che se non curata trema come una foglia al vento e basta una folata di vento un po' più forte per farla cadere e per attivare quel meccanismo psicologico che porta alla presentazione della denuncia contro il medico. Denuncia che potrebbe essere evitata se l'attenzione clinica non cadesse solo sull'aspetto biomedico, ma anche sulla storia del paziente, su come il paziente vive la malattia. Eppure agli albori della medicina c'è solo l'ascolto della sofferenza, per sollevare le potenzialità di autoguarigione del paziente mediante la ventilazione emotiva. E l'ascolto attualmente anche per consentire una diagnosi più precisa: è fuori discussione che nella diagnosi corretta convergono le conoscenze scientifiche e la conoscenza personale del paziente. E non solo per la diagnosi, anche per giungere ad una più adeguata decisione clinica, se ad es. intervenire o no in certi quadri di neoplasia maligna.

Per il paziente il medico è un bravo medico in primo luogo perché è affidabile. E il paziente parametrizza l'affidabilità del medico in primis sulle capacità comunicative del medico, non su quelle cliniche, che di regola non è in grado di valutare.

Le parole di una vedova: *“Non volevamo che i medici ci garantissero che tutto sarebbe andato bene, sapevamo che era un intervento ad alto rischio. Volevamo soltanto sentire dentro di noi che qualunque cosa fosse successa, loro sarebbero stati comunque dalla nostra parte. E invece solo un gelido distacco, soprattutto dopo la morte, nessuna spiegazione”*.

Il codice di deontologia medica già si occupa delle cure da praticare alla relazione

di cura, imponendo all'art. 33 doveri d'informazione e comunicazione, specificandone oggetto, destinatari e modalità⁴. Questi doveri andrebbero estesi sotto il profilo temporale a quando la relazione di cura è cessata e si torna dal medico per avere spiegazioni su che cosa è successo. È questo un momento delicatissimo e da curare con molta attenzione, perché una cattiva gestione è foriera di tantissime denunce infondate. E con imbarazzo talvolta rispondono gli Ordini dei Medici locali, ai quali anche i pazienti si rivolgono per avere spiegazioni.

L'art. 33 potrebbe quindi essere arricchito in sua chiusura di un ulteriore comma del seguente tenore: “I doveri d'informazione e comunicazione permangono anche quando cessa, per qualunque ragione, la relazione di cura”.

In modo quindi che il paziente e i familiari sentano sempre il medico dalla loro parte, comunque vadano le cure, anche quando si perde il paziente.

Il messaggio, emotivamente percepito, potrebbe essere: *“Ho dato il meglio di me e sono sempre stato dalla vostra parte. E lo sono ancora... e lo sono ancora”*.

Paolo Piras

Sostituto Procuratore della Repubblica-Sassari

⁴ Questo l'attuale testo: Art. 33. Informazione e comunicazione con la persona assistita. Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura. Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza. Il medico rispetta la necessaria riservatezza dell'informazione e la volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione, riportandola nella documentazione sanitaria. Il medico garantisce al minore elementi di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico-terapeutici programmati, al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale.

ONE HEALTH E RELAZIONE DI CURA

ONE HEALTH NEL CODICE DEONTOLOGICO

di Fabio Cibella

L'approccio *One Health* – nella rappresentazione del rapporto dell'uomo con l'ambiente che lo circonda e in cui vive – è costituito da una metodologia collaborativa, multisetoriale e transdisciplinare che agisce – a livello locale, regionale, nazionale e globale – con l'obiettivo di raggiungere risultati di salute ottimali riconoscendo la stretta connessione tra persone, animali, piante e il loro ambiente condiviso.

Il concetto di *One Health* non è rappresentato nell'attuale Codice di Deontologia Medica (CDM) e occorre quindi che di esso si dia una visione – sia pure di carattere generale – nella sua riformulazione.

In realtà, l'Art. 5 dell'attuale CDM – Promozione della salute, ambiente e salute globale – nella sua enunciazione:

“Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio.

Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili, si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni”.

da un lato contiene in sé tutti gli elementi che consentirebbero al medico di operare tenendo in considerazione elementi fondamentali quali i concetti di “salute collettiva”, “fattori di rischio” e, quindi, di “prevenzione”, dall'altro introduce il grande argomento relativo all’“ecosistema equilibrato e vivibile”. Il problema rimane, comunque, che una tale formulazione dà per scontato che ogni professionista sia a

conoscenza di tutte le “conoscenze disponibili”, che, ovviamente, non costituiscono necessariamente patrimonio comune.

Inoltre, l’attuale formulazione del CDM è lacunosa sul tema cruciale della prevenzione che, al di là del citato Art. 5, viene intesa prevalentemente come “diagnosi precoce”, mancando totalmente il corretto riferimento alla “prevenzione primaria”, ovvero l’eliminazione dei fattori di rischio di malattia. Per esempio, la prevenzione delle malattie non trasmissibili include l’eliminazione – o la riduzione – dei fattori di rischio (fumo, obesità, sedentarietà, radiazioni, esposizioni ambientali...) e l’incremento di abitudini e stili di vita protettivi (attività fisica regolare, mantenere un peso corporeo corretto, seguire una dieta sana...) che siano in grado di ridurre il peso di tali malattie.

Ancora, il concetto di tutela dell’ambiente è carente nell’attuale CDM, al di là dell’Art.5: per es., all’Art. 32 – Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili – il termine “ambiente” è citato in un contesto del tutto non coerente con ciò a cui adesso ci riferiamo:

“Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l’ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita...”.

E mai più lo si ritrova nel CDM.

Eppure, la Costituzione della Repubblica Italiana, all’Art. 9 recita:

“La Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica.
Tutela il paesaggio e il patrimonio storico e artistico della Nazione.

Tutela l’ambiente, la biodiversità e gli ecosistemi, anche nell’interesse delle future generazioni. La legge dello Stato disciplina i modi e le forme di tutela degli animali”.

Introducendo così anche l’attualissimo concetto di tutela degli ecosistemi e della loro biodiversità.

Il diritto alla salute del cittadino è stato riconosciuto dalla Corte di Cassazione – Sezioni Unite Civili – che, con la sentenza 6 ottobre 1979, n. 5172, hanno affermato che “il diritto alla salute dell’individuo assume...un contenuto di socialità e di sicurezza per cui “piuttosto (e oltre) che come mero diritto alla vita e all’incolumità fisica, si configura come diritto all’ambiente salubre”. Successivamente, la Corte di Cassazione ha progressivamente confermato che il danno ambientale – oltre che una

compromissione dell'ambiente – determina altresì “un’offesa della persona umana nella sua dimensione individuale e sociale, come ritenuto dalla Corte costituzionale nelle sentenze n° 210 e n° 641 del 1987”.

Quindi, “il rango costituzionale del diritto alla salute fa sì che esso debba essere tutelato e interpretato il più ampiamente possibile. Pertanto, in un giudizio di bilanciamento di interessi, il diritto a un ambiente salubre e quindi in definitiva il diritto alla salute dovrà sempre prevalere sui contrastanti interessi industriali”.

Ancora, la Corte costituzionale, meno di dieci anni dopo la pronuncia della Cassazione, è tornata sull'argomento con due pronunce che hanno consacrato definitivamente il diritto all'ambiente nel novero dei diritti soggettivi: si tratta delle note sentenze n° 210/1987 e n° 641/1987^{xi}. Nella prima, la Corte osserva che “va riconosciuto lo sforzo in atto di dare un riconoscimento specifico alla salvaguardia dell'ambiente come diritto fondamentale della persona e interesse fondamentale della collettività e di creare istituti giuridici per la sua protezione. Si tende, cioè, a una concezione unitaria del bene ambientale, comprensiva di tutte le risorse naturali e culturali. Ne deriva la repressione del danno ambientale... che costituisce offesa al diritto che vanta ogni cittadino individualmente e collettivamente”. La sentenza n° 641, invece, ribadisce la natura unitaria del bene ambiente, che l'ordinamento tutela “come elemento determinativo della qualità della vita... e come valore primario e assoluto”, sulla base degli artt. 9, 32, 41 e 42 della Costituzione.

Il concetto di “Salute” si è modificato nel corso degli ultimi decenni. Nel 1948 la formulazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità definì la salute “uno stato di completo benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale”. Oggi (2011) salute viene definita come “la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive”, e sono identificati numerosi prerequisiti che partecipano alla realizzazione di una buona salute dell'individuo:

- Aria pulita.
- Clima stabile.
- Adeguata disponibilità di acqua e servizi igienico-sanitari.
- Uso sicuro delle sostanze chimiche.
- Protezione dalle radiazioni.
- Luoghi di lavoro sani e sicuri.
- Pratiche sane in agricoltura.

- Città e ambienti favorevoli alla salute.
- Una natura preservata.

Tutti questi aspetti, considerati nell'ambito della più recente definizione del concetto di salute, portano al concetto di Esposoma introdotto per la prima volta da Wild nel 2005, per indicare “la totalità delle esposizioni ambientali (non genetiche) a cui un individuo è esposto a partire dal concepimento (n.b., ‘concepimento’, non ‘nascita’) in avanti” e il modo in cui tali esposizioni influiscono sulla salute. Un tale approccio in epidemiologia ambientale richiede che ricercatori con competenze complementari lavorino insieme verso un obiettivo comune.

Il concetto di Esposoma si lega profondamente con quello delle origini evolutive della salute e della malattia. Infatti, lo sviluppo fetale e la prima infanzia rappresentano periodi caratterizzati da un intenso sviluppo ed elevata plasticità che rendono tale finestra temporale particolarmente suscettibile all'influenza dell'ambiente esterno. L'alterazione dell'ambiente intra-uterino durante le fasi dello sviluppo fetale – eventualmente interessato dall'esposizione della madre ad un ambiente nocivo – può condizionare la salute durante tutta la vita. Tale concetto è noto come DOHaD (“*Developmental Origins of Health and Disease*”), che trova nei primi 1000 giorni di vita (a partire, appunto, dal concepimento) quella particolare finestra temporale cui si accennava sopra. Il Progetto CCM “Primi 1000 giorni” ha sviluppato un documento – approvato dalla maggior parte delle società scientifiche pediatriche italiane – che enuncia una serie di comportamenti in grado di favorire la salute del bambino – e quindi del futuro adulto – e di ridurre il carico di malattie non trasmissibili:

1. Migliorare con la formazione conoscenze e competenze.
2. Diffondere informazioni che aumentino la consapevolezza delle persone sulle azioni che possono essere realizzate a livello politico (nazionale e locale) per ridurre l'esposizione.
3. Informare pazienti e famiglie sui pericoli dell'inquinamento e su come proteggersi meglio da esso, in particolare in presenza di condizioni cliniche che possono essere causate o esacerbate dall'inquinamento atmosferico stesso e in caso di residenza in aree ad elevato inquinamento ambientale; la comunicazione dovrebbe includere consigli su possibili cambiamenti di abitudini e comportamenti che possono essere messi in atto per ridurre sia l'esposizione sia il contributo individuale all'inquinamento:
 - ridurre il più possibile l'uso dell'auto privata a favore di una mobilità attiva;

- promuovere l'utilizzo dei trasporti pubblici;
 - informare le famiglie che è possibile accedere alle previsioni giornaliere sui livelli di inquinamento atmosferico nelle diverse ore della giornata; Promuovere le tematiche relative alla protezione della salute dal degrado ambientale e la sottoscrizione degli impegni contenuti in esso presso altre società scientifiche che si occupano di salute della donna e del bambino.
4. Adottare per primi i comportamenti individuali sopra descritti, visto il ruolo di riferimento per le famiglie.
 5. Incoraggiare il cambiamento all'interno del proprio posto di lavoro e più in generale del Servizio Sanitario Nazionale.
 6. Diffondere le iniziative promosse a livello locale e nazionale per migliorare la qualità dell'aria ed essere in grado di indicare alle famiglie le risorse pertinenti.
 7. Realizzare attività di *advocacy* a livello politico e normativo (p. es., l'adeguamento all'età pediatrica degli attuali valori di riferimento per legge dei principali inquinanti atmosferici o lo sviluppo di adeguate reti di sorveglianza epidemiologica dei fenomeni).

È ovvio che tutto quanto fino ad ora enunciato non può entrare di peso in una nuova formulazione del CDM, ma, a mio avviso, i criteri fondamentali di quanto qui rappresentato dovrebbero farne parte integrante.

Fabio Cibella

Medico, Dirigente di Ricerca CNR

RELAZIONE DI CURA E COMUNICAZIONE

di Patrizia Borsellino

L'idea che tra la relazione di cura e la comunicazione debba sussistere uno stretto e significativo rapporto è stata, da alcuni anni a questa parte, oggetto non solo di crescente riconoscimento sul piano teorico, ma anche di una corroborazione sul piano normativo, della quale fornisce una chiara conferma l'esplicita menzione del “tempo della comunicazione tra medico e paziente come tempo di cura”, inserita dalla legge n. 219/2017, “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” all'art. 1.8, e, in precedenza, nel 2014, nell'art. 20 del Codice di deontologia medica attualmente vigente.

Ma quali sono le ragioni che supportano tale collegamento, che si potrebbe essere tentati di considerare ovvio e scontato? E, ancor prima, c'è chiarezza sul significato nel quale i termini “comunicazione” e “comunicare” sono usati in relazione alle situazioni di cura e, in particolare, nel quale sono usati nel Codice di deontologia medica?

Alla seconda domanda, la ricognizione degli articoli del Codice in cui ricorrono quei termini (artt. 14, 20, 33, 34, 54, 64, 65) orienta a fornire una risposta negativa, a muovere dal rilievo che la comunicazione non è mai definita, ed è utilizzata, in alcuni articoli, come sinonimo di informazione. È, invece, proprio la strada della delimitazione concettuale quella che, se imboccata e percorsa, può consentire di comprendere, per un verso, la distinzione e la non sovrapponibilità delle due nozioni e, per altro verso, la corretta configurazione dei loro rapporti.

Quale, dunque, il significato di “comunicazione” su cui è possibile e opportuno convergere in una prospettiva attenta agli apporti della linguistica e della teoria del linguaggio, non meno che a quelli della psicologia?

Il significato in questione è quello secondo cui la comunicazione non consiste nella trasmissione unidirezionale di qualcosa dal qualcuno a qualcun altro, bensì in un processo a due vie tra un emittente che è, a sua volta, ricevente di messaggi, e un ricevente che è, a sua volta, emittente. Un significato che rimanda alle nozioni di dialogo, di scambio, di reciprocità e, quindi, all'idea del condividere e del mettere qualcosa in comune, che già il verbo latino “communicare” traeva dall'espressione “cum munus”, svolgere una funzione/portare un carico insieme, nella quale aveva

la sua radice etimologica.

A differenza della comunicazione, l'informazione consiste nella trasmissione di dati, oggi amplificata e velocizzata dalle nuove risorse tecnologiche, realizzata, con la finalità di trasferire conoscenze, mediante un processo unidirezionale. Mentre la comunicazione è una forma di relazione interpersonale tra attori che, in un rapporto dialogico, e a muovere dalle loro soggettività, cooperano alla definizione dei contenuti discorsivi emergenti dalla comunicazione stessa, l'informazione è (o dovrebbe essere) passaggio oggettivo e impersonale di dati e, in quanto tale, rientra nella comunicazione e ne rappresenta una componente di rilievo, senza però esaurirne l'ambito. D'altra parte, se pur concettualmente distinguibili, comunicazione e informazione sono in un rapporto di reciproca implicazione, e non di mutua esclusione. Se, infatti, per un verso, risulta difficile, se non impossibile, realizzare, attraverso la comunicazione, reciprocità e assunzione condivisa di "carico" senza "scambio" di informazioni, per altro verso, appare inadeguata e, di fatto, non praticabile, un'informazione che non assuma i connotati di un processo graduale all'interno di un'articolata relazione comunicativa, soprattutto nei contesti più problematici e dal maggiore impatto sulla vita delle persone, e nel contesto delle relazioni di cura più che in ogni altro.

Una volta che si disponga, grazie al chiarimento definitivo, di una nozione idonea a dare evidenza agli impegni valoriali e alle dimensioni psico-sociali inerenti alla comunicazione, non si può, però, eludere la prima domanda sopra formulata, quella relativa alle ragioni che supportano il collegamento tra comunicazione e relazione di cura, e, alla ricerca di una risposta, non si può evitare di spostare l'attenzione sul modello di relazione terapeutica in rapporto al quale la comunicazione assume la valenza di elemento caratterizzante e imprescindibile.

Il modello in questione è quello, a impronta antipaternalistica, nel cui accoglimento, in via di principio, vi è già stata una sostanziale convergenza tra il diritto e la deontologia medica.

Si tratta del modello in base al quale la relazione di cura va intesa come il metaforico luogo del confronto (necessario) e dell'incontro (auspicabile) tra i soggetti coinvolti nel processo decisionale clinico, ognuno per la parte e con il ruolo che gli compete. Da una parte, i medici, investiti, in forza della loro competenza professionale, della prerogativa di individuare e proporre i percorsi di cura appropriati alle condizioni dei pazienti, in un contesto di accresciute possibilità di intervento, ma non di diminuiti margini di incertezza. Dall'altra, i destinatari degli interventi, riconosciuti, in

via di regola, come titolari di “autonomia decisionale”, cioè della prerogativa di avere l’ultima parola in merito ai trattamenti, sia che si tratti di trattamenti da attuare, sia di trattamenti già posti in essere e destinati a protrarsi nel tempo, esprimendo una volontà che, a prescindere dalla natura del trattamento, può trovare espressione tanto nel consenso, nel caso di adesione alla proposta terapeutica, quanto nel dissenso, nel caso di rifiuto. La relazione di cura si caratterizza, quindi, per l’imprescindibile compresenza di differenti ambiti di autonomia, meritevoli di rispetto, ma non collocabili sullo stesso piano, in ragione del loro diverso fondamento giustificativo, dal momento che quella da riconoscere e garantire ai medici è l’autonomia giustificata dalla loro competenza professionale, mentre l’autonomia, in senso stretto “decisionale”, da riconoscere e garantire ai pazienti, trova la propria giustificazione nel principio dell’intangibilità della sfera corporea e nell’impatto che gli interventi e i trattamenti sono destinati ad avere sulla loro salute e sulla qualità, oltre che sulla quantità della loro vita.

A quanto precede va aggiunto che, tra i soggetti della relazione di cura, figurano, per quanto di loro competenza, altre figure di operatori sanitari coinvolte, in diversi contesti, nell’équipe sanitaria investita dell’assistenza. Vi possono figurare, inoltre, anche familiari e/o persone vicine al paziente, ma solo nel caso in cui sia il paziente stesso a esprimere una volontà in questo senso.

Ritornando, a questo punto, alla comunicazione, va sottolineato come la comunicazione “non fraintesa e presa sul serio” possa svolgere un ruolo chiave nel favorire la messa in atto di prassi conformi al sopra richiamato modello di relazione di cura, e possa avere un impatto positivo su un’ampia gamma di criticità con cui la relazione di cura deve fare i conti.

Le criticità in questione incidono sulla relazione di cura nel suo complesso, e riguardano, al tempo stesso curanti e destinatari delle cure. Tuttavia, avendo riguardo alle sopra richiamate prerogative e ai ruoli di cui sono investiti gli uni e gli altri, ne può essere proposta la caratterizzazione di “criticità dalla parte dei pazienti” e di “criticità dalla parte dei medici”.

Tra le prime, va menzionata l’ancora troppo frequente indisponibilità di quell’informazione adeguata alle condizioni del paziente (come peraltro già richiesto dall’art.33 dell’attuale Codice deontologico), e conseguentemente l’assenza, nel paziente, di quel livello adeguato di consapevolezza circa la propria condizione e l’impatto dell’attivazione o non attivazione dei trattamenti, nella quale l’esercizio dell’“autonomia decisionale”, in tutti i contesti di cura e, soprattutto, in quelli di più elevata criticità,

ha la condizione necessaria. Una criticità, questa, con la quale va di pari passo quella rappresentata dalla perdurante riduzione del consenso informato all'adempimento burocratico della sottoposizione di un modulo, che il paziente è tenuto a sottoscrivere. Ma ulteriori criticità, "dalla parte del paziente", funzionali, entrambe, ad alimentare attitudini conflittuali, vanno individuate anche nell'impropria aspettativa di una risposta terapeutica e di un risultato positivo sempre conseguibile (sopravvalutazione dell' "onnipotenza" della medicina) e, d'altra parte, nella convinzione di poter chiedere, con la legittima pretesa di ottenere dai medici, qualunque trattamento, compresi quelli privi di evidenze che ne comprovino l'efficacia (frintendimento della "libertà di cura").

Tra le "criticità dalla parte dei medici", figura, in primo luogo, "il nodo dell'appropriatezza", ovvero la difficile individuazione delle strategie di intervento "appropriate" ed "efficaci" (come già richiedono gli artt. 6 e 13 CD), grazie alle quali si possa realizzare "il miglior corso dell'azione terapeutica" in ogni specifico caso, a fronte dell'accresciuta disponibilità di strade alternative percorribili, nonché a fronte della diversificazione e dell'ampliamento degli ambiti e delle finalità degli interventi medici. In secondo luogo, "il nodo della giusta misura del trattamento", ovvero le perduranti resistenze nei confronti della desistenza terapeutica (pur già contemplata dall'art. 16 CD) e dello switch terapeutico verso cure finalizzate al controllo della sofferenza, nel caso dei pazienti a prognosi infausta e/o in condizioni gravemente invalidanti, sia competenti, sia non più in grado di manifestare la loro volontà. In terzo luogo, "il nodo dell'utilizzo deresponsabilizzante delle applicazioni dell'intelligenza artificiale", vale a dire il prevalere della logica della sostituzione e della surrogazione del medico, nelle funzioni diagnostiche e terapeutiche che gli competono, sulla logica dell'utilizzo di un supporto dalle straordinarie potenzialità.

Rispetto a questa ampia gamma di criticità, la comunicazione, nell'accezione di processo dialogico interpersonale tra medici e pazienti, può, se posta al centro della relazione di cura, e valorizzata come suo elemento costitutivo, costituire la chiave di volta per la "sburocratizzazione" del consenso informato e il superamento degli ostacoli che si frappongono alla formazione nel paziente di una volontà consapevole, così come per la rimodulazione di improprie aspettative con una prevedibile, oltre che auspicabile, ricaduta positiva sulla riduzione del contenzioso. L'istaurazione di un adeguato processo comunicativo tra medico e paziente può, d'altra parte, agevolare il medico nell'individuazione della strategia terapeutica più appropriata, consentendogli il riferimento all'utilità attesa dal paziente come a un conveniente, o addirittura decisivo, criterio da adottare per selezionare e proporre i trattamenti in

gradi di massimizzare la probabilità di un esito favorevole. In un articolato percorso comunicativo si risolve, inoltre, nel caso di malati affetti da patologie a prognosi infausta o irrimediabilmente invalidanti, l'adozione di quell'approccio assistenziale improntato alla pianificazione delle cure, condivisa dal medico con il paziente, nel quale vi sono i presupposti per decisioni di fine vita idonee a sollevare i malati dalla sofferenza, rispettandone le volontà.

Infine, solo in una relazione di cura, della quale la comunicazione tra medico e paziente continui (o forse, cominci a essere) elemento costitutivo e portante, vi sono gli "anticorpi" per consentire un uso degli strumenti informatici e di intelligenza artificiale virtuoso e responsabile e, in quanto tale, funzionale a supportare il medico nello svolgimento della sua attività, e nell'adempimento dei doveri che gli sono propri, senza snaturare le sue prerogative, e, al tempo stesso, compromettere o limitare i diritti dei pazienti.

Se, alla luce delle considerazioni che precedono, si condivide la tesi che la valorizzazione della comunicazione possa svolgere un ruolo strategico nella definizione e nel rafforzamento del modello di relazione di cura come punto di incontro tra medico e paziente, già prefigurata dalla legge e dallo stesso Codice deontologico, e possa rappresentare l'elemento chiave per consentirne il radicamento nell'attività sanitaria, e, al tempo stesso, per affrontare e, auspicabilmente, per superare, o, quantomeno, ridimensionare, le non poche criticità con cui l'attuazione di quel modello deve fare i conti, allora si dovrebbero prendere in considerazione rimodulazioni dell'attuale Codice di deontologia medica utili a rendere immediatamente evidente il carattere non "laterale e accessorio", bensì "centrale e necessario" che la comunicazione assume nella relazione di cura, in generale, e nei contesti più problematici, in particolare.

Già a partire dalla definizione della relazione di cura (ora presente nell'art. 20), andrebbe posto in rilievo che la comunicazione ha il carattere di condizione, necessaria al costituirsi della relazione stessa e al corretto adempimento del mandato di cura, per porre in essere la quale il medico deve disporre di tempo necessario. Andrebbe, d'altra parte, dato il massimo risalto alla formazione "in materia di relazione e di comunicazione con il paziente" come parte integrante della complessiva formazione dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie, in linea con quanto già previsto dalla l. n. 219/2017 all'art. 1.10.

In sintesi e per concludere, il medico, nel "nuovo ruolo" emergente dalla "nuova deontologia", dovrebbe essere un professionista della salute adeguatamente formato e organizzativamente supportato, disposto ad accettare la riqualificazione del man-

dato di cui è investito, rendendosi disponibile a dedicare alla gestione del processo comunicativo/deliberativo, in cui il consenso informato si risolve, un impegno non inferiore a quello profuso nell'erogazione di prestazioni sempre improntate ai più adeguati standard clinico-scientifici.

Patrizia Borsellino

Professoressa ordinaria di Filosofia del Diritto, Università degli Studi di Milano-Bicocca

IL VALORE DEL PATIENT ENGAGEMENT PER IL CODICE DEONTOLOGICO

di Guendalina Graffigna

Oggi il paziente desidera essere proattivo nel suo percorso di cura. Questo implica l'aspettativa crescente dei pazienti di avere una maggiore conoscenza circa non solo la diagnosi, le opzioni terapeutiche disponibili ma anche il proprio iter terapeutico. Anche la letteratura mostra come talvolta il ricorso all'autorità giudiziaria da parte del paziente avviene quando egli si sente poco informato e poco accompagnato nel suo percorso di cura. Congiuntamente il paziente esprime l'aspettativa di poter verbalizzare ed esprimere le sue aspettative di qualità di vita e di gestione della malattia nella quotidianità. Badiamo bene, io parlo di percezioni, di aspettative che sono dimensioni puramente soggettive spesso irrazionali, spesso non accompagnate da un'alfabetizzazione sanitaria che possa davvero supportare il paziente nel realizzare questa ambizione di partecipazione. In altri termini il paziente oggi è in una posizione paradossale: vuole sapere di più, vuole capire di più, vuole dire la sua, ma dall'altra parte non ha ad oggi le competenze cognitive, culturali di alfabetizzazione che gli permettono di essere effettivamente coinvolto nel suo percorso di cura. E questo talvolta anche indipendentemente da quello che è il livello di istruzione di base del paziente: indipendentemente dai livelli di scolarizzazione, spesso manca un'alfabetizzazione su come ci si deve porre verso il sistema sanitario, che cosa voglia dire essere un "buon" paziente nel percorso di salute.

Quindi da una parte ci troviamo di fronte ad un paziente mutato dal punto di vista sociologico e psicologico, nel senso che è mutato nell'aspettativa di ruolo nel suo percorso di salute: cioè non più passivo, non più un ricevente finale bensì un attore che vuole essere in qualche modo parte in causa delle decisioni da prendere nel suo percorso di salute. Però dall'altra parte ci confrontiamo con un sistema sociale – e con un sistema sanitario – che non è pronto ad accogliere questa aspettativa di proattività e ad accompagnare il paziente ad una reale ed efficace partecipazione. L'abbiamo visto durante la pandemia da COVID-19: tutti i cittadini sono stati chiamati a partecipare attivamente, a contribuire alla prevenzione del COVID-19 e alla riduzione della diffusione dei contagi, ma molti cittadini – lo abbiamo visto anche in occasione della campagna vaccinale – si sono sottratti a questa richiesta. Anziché aprirsi ad un'alleanza di lavoro con il sistema sanitario per un bene comune, molti

sono stati guidati dall'interesse privato e dall'egoismo e si sono rifiutati di seguire le regole preventive. Un segnale, dunque, di quanto la società non sia culturalmente pronta al concetto di *engagement* in sanità. Per assecondare l'aspettativa di partecipazione dei cittadini, e fare in modo che non sia pura velleità o rischio di attivazione disorganizzata, è necessario investire in termini di educazione, sensibilizzazione, di accompagnamento dei cittadini prima che “diventino pazienti”. Il sistema di cura non è pronto a mettere i pazienti nella condizione di partecipare in modo positivo ed efficace nel percorso di cura: mancano gli strumenti, i supporti, le occasioni per rendere il paziente un reale alleato. Eppure la letteratura scientifica oggi dimostra che la partecipazione attiva del paziente (“*patient engagement*”) è un potenziale fattore di miglioramento di una serie di parametri, quali ad esempio l'aderenza terapeutica. La letteratura mostra anche come all'aumentare del *patient engagement* tenda a diminuire il ricorso alla medicina difensiva e si verifichino anche meno errori clinici perché il medico sente il paziente alleato. Però nel nostro sistema sanitario c'è ancora strada da fare perché davvero un buon *engagement* dei pazienti si possa realizzare. Il primo passo è riconoscere che il paziente sia a tutti gli effetti membro della “squadra”: spesso diciamo che la sanità si regge su un gioco di squadra, perché i diversi operatori sanitari sono chiamati a collaborare per la migliore riuscita dell'intervento clinico. Oggi dobbiamo iniziare a porre le condizioni affinché anche il paziente possa essere un giocatore di questa squadra. Ma giocare in una squadra significa avere una maglietta, un numero ben preciso, un ruolo ben preciso all'interno di una strategia condivisa. Detto in altri termini, vanno create le condizioni affinché il paziente possa capire quali sono i suoi diritti, ma anche i suoi doveri in un percorso di alleanza terapeutica e di una partecipazione attiva durante la cura. In questa luce, penso che anche il Codice deontologico debba oggi tenere conto di questo inevitabile cambiamento sociologico del paziente e dell'evoluzione dei modelli terapeutici nella direzione di una medicina sempre più partecipativa dove il paziente “non può stare in panchina” bensì deve essere parte in causa del percorso: la comunicazione e la relazione sono uno strumento fondamentale per una partecipazione adeguata e collaborativa del paziente purché incorpori anche questa dimensione di dialogo e collaborazione tra tutti gli attori in gioco.

Guendalina Graffigna

Professoressa di Consumer Health Psychology

Direttore del Centro di Ricerca EngageMinds HUB Università Cattolica del Sacro Cuore

COME COMUNICARE LA SALUTE

di Cesare Fassari

“Rendere partecipe qualcuno di un contenuto mentale o spirituale, di uno stato d’animo, in un rapporto spesso privilegiato e interattivo”.

Ma anche, “Relazione complessa tra persone (di tipo cognitiva, spirituale, emozionale, operativa) che istituisce tra di essa dipendenza, partecipazione e comprensione, unilaterali e reciproche”.

Penso che queste due definizioni di “comunicazione”, che potete trovare nel dizionario Treccani, siano molto calzanti per delineare la fattispecie di comunicazione tra medico e paziente.

Ma oggi tale visione della comunicazione, è attuata? E, ancor prima è condivisa? Fa parte del bagaglio formativo e professionale del medico?

Indubbiamente un passo decisivo in tale direzione è stato fatto a livello legislativo con la legge 219 del 2017 che ha stabilito che *“il tempo della comunicazione è tempo di cura”* e ha previsto inoltre una serie di modalità molto dettagliate per rendere praticabile il consenso informato da parte del paziente su terapie e quant’altro attiene al suo stato di salute.

Lo è invece certamente meno sul piano formativo, come spesso evidenziato, e questo nonostante alcuni lodevoli esempi didattici in ambito pre e post laurea, nei quali si sta facendo strada la consapevolezza di fornire al medico nozioni e strumenti per saper gestire i diversi ambiti e momenti di relazione con il paziente tra i quali la comunicazione resta tra i più importanti.

Non saprei invece rispondere sul livello di condivisione da parte del medico sull’importanza del comunicare con il proprio paziente.

Ritengo che vi sia generalmente accordo sul fatto che la comunicazione sia “tempo di cura” ma non saprei e non ho trovato dati a riguardo, quanto poi effettivamente il medico abbia voglia di “parlare” a fondo e in modo “empatico” e “complice” con il paziente.

Invertendo il lato di osservazione una risposta la possiamo avere da cosa pensa il paziente sul rapporto di comunicazione con il medico in base a diversi sondaggi svolti negli ultimi anni: la maggior parte delle persone intervistate segnalano tra i motivi principali di insoddisfazione nel rapporto con il medico i troppi tecnicismi usati, le

informazioni non chiare e la scarsa empatia e partecipazione umana.

La scelta della FNOMCeO di dedicare questa discussione al tema della comunicazione nel momento in cui si va verso un nuovo aggiornamento del Codice di deontologia medica non può quindi, a mio avviso, che essere condivisa.

Ma il Codice in che misura potrà contribuire ad “aiutare” questo nuovo approccio e a favorire una migliore relazione medico paziente?

Penso che possa fare molto, a partire dalla valenza etica e di indirizzo morale per la professione medica che la propria carta dei valori deontologici ha sempre ispirato.

A partire dal mitico Giuramento Ippocratico che di per sé contiene una promessa di dedizione disinteressata e totale all'altro nell'ambito della quale, oggi, ai nostri tempi, l'aspetto della relazione umana assume un'importanza senz'altro determinante per il buon esito di una cura e della presa in carico, soprattutto se problematica.

Ma su questa strada si frappongono alcuni grandi ostacoli:

- il primo è quello rappresentato dalla difficoltà oggettiva del paziente nel comprendere e ricordare quanto il medico sta dicendogli (mediamente un paziente tende a dimenticare o ricordare solo parzialmente dal 40 all'80% di quanto gli viene riferito dal medico);
- e poi bisogna considerare l'indubbia complessità del linguaggio scientifico e delle terminologie usate come degli stessi fenomeni patologici che si devono illustrare;
- poi va tenuto conto delle condizioni di lavoro del medico e del fattore “tempo”. Oggi tra carenza organici e modalità organizzative sempre più complesse e burocratiche il tempo a disposizione per parlare con il paziente è sempre più ridotto e questo impedisce di per sé una relazione compiuta tra medico e paziente che vada al di là della fredda anamnesi iniziale.

Sul primo e secondo aspetto un ruolo strategico (con effetti ovviamente a medio lungo termine) dovrebbe assumerlo la scuola dell'obbligo prevedendo nei suoi programmi didattici spazi adeguati di informazione e formazione sanitaria oggi inesistenti e un ruolo potrebbero avere anche i social network prevedendo accordi con le principali piattaforme per diffondere spazi di informazione sanitaria rivolti soprattutto ai giovani.

Ma è indubbio che la responsabilità principale resta al medico che deve “imparare” a parlare con il paziente anche in termini di linguaggio.

E in questo senso un richiamo ancora più forte di quello già oggi presente a livello

deontologico sarebbe molto utile.

Sul terzo aspetto (quello del tempo di cura sempre più ristretto) è invece del tutto evidente che la palla passa alla politica, nazionale e locale, a partire dal problema della carenza ma anche della modalità di gestione del tempo del medico che non può diventare (laddove già non lo sia) un medico a ore col tassametro.

Cesare Fassari

Direttore responsabile Quotidiano Sanità

IL NODO DEI TEMI SENSIBILI NUOVI TRAGUARDI FRA DEONTOLOGIA E DIRITTO

di Raffaele Coppola

La mia partecipazione al convegno della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri sulla riforma del codice deontologico include non pochi e interessanti aspetti attinenti all'approccio metodologico verso un'unica salute (*One Health*), dell'intero pianeta e degli esseri umani (i quali ne sono componente), nonché riguardanti specialmente la relazione di cura che, senza svalutare la tecnica clinica, rimette al centro di tutto la persona del malato e la sua fragilità. Ciò significa realizzare un importante passaggio “dalla concezione del curare a quella di prendersi cura del malato”¹. Mentre si annuncia l'apocalisse ambientale e l'enciclica di Papa Francesco “*Laudato si'*” insiste sul clima e sulla devastazione che l'uomo ha fatto della terra², all'elogio prometeico dell'*Homo creator* dobbiamo sostituire quello verso la cura della fragilità, che coinvolge indistintamente tutti noi. Molto significativo è che luogo per eccellenza “in cui si svolge la cura sia l'ospedale, cioè uno spazio definito dalla pratica dell'ospitalità”³.

Nella riunione propedeutica del Gruppo di studio sul ruolo del medico ho anticipato alcuni elementi di valutazione di carattere giuridico concernenti le clausole di coscienza, che ho chiamato in senso stretto quando siano frutto dell'attività del legislatore in tema di obiezione di coscienza e in senso lato allorché si operi sul piano disciplinare interno, della redazione di codici deontologici, come quelli di matrice italiana, belga o lussemburghese, consultati questi ultimi dietro opportuna segnalazione della Prof.ssa Elisabetta Pulice.

La visione di fondo del mio contributo è sempre quella di S. Ecc. Vincenzo Paglia (Presidente della Pontificia Accademia per la Vita), secondo cui curare è certamente “guarire” ma occorrerebbe “curare sempre anche quando non si può guarire”⁴.

¹ V. Paglia, *La forza della fragilità*, Bari-Roma, Laterza 2022, p. 81.

² Francesco, *Lettera enciclica “Laudato si'” sulla cura della casa comune*, 24 maggio 2015, all'url https://www.vatican.va/content/francesco/it/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html.

³ V. Paglia, *op.cit.*, 72.

⁴ *Ibidem*, 75-87.

Aborto e procreazione medicalmente assistita

Mettiamo da parte, almeno in questa sede, le questioni riguardanti l'aborto, circa le quali non è da sottovalutare, anche con riguardo alle prospettive del diritto italiano (cfr. i ddl *pro vita* Gasparri), la sentenza del 24 giugno 2022 della Corte Suprema degli Stati Uniti⁵, la quale ha stabilito – contrariamente a due precedenti e famose sentenze – che la Costituzione non impedisce ai cittadini di ogni Stato dell'Unione di limitare o proibire l'aborto in considerazione che lo stesso pone profondi problemi morali⁶. Tutto ciò rafforza, in particolare per giuristi, moralisti e studiosi del dovere, la tesi dell'inderogabilità dell'obiezione di coscienza, variamente contestata per alcuni non previsti effetti “collaterali” specie in questi ultimi tempi.

Circa la procreazione medicalmente assistita nel nostro Stato è da osservare che, fin dal 2014, la Corte costituzionale ha fatto cadere il divieto di fecondazione eterologa in Italia, cioè la fecondazione in cui uno o entrambi i gameti provengono da un donatore esterno alla coppia e pertanto le tecniche che oggi possono essere usate dal medico sono sia omologhe sia eterologhe⁷.

L'art. 16 della legge 19 febbraio 2004 n. 40 prevede già da tempo la possibilità di produrre obiezione di coscienza anche al di fuori dei termini previsti dal comma 1 di tale articolo e non esonera giustamente gli obiettori dall'assistenza conseguente e antecedente all'intervento. Da notare che sia l'art. 43 (*interruzione volontaria di gravidanza*) sia l'art. 44 (*procreazione medicalmente assistita*) del vigente Codice deontologico non esimono il medico dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti rispettivamente della donna e della coppia.

La medicina di fronte alla morte e il ruolo del medico

Problemi assai delicati pone il fine vita, circa cui è stata evidenziata la mancanza di una clausola di coscienza in senso stretto nella legislazione e nella giurisprudenza

⁵ Cfr. 19-1392 *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, 6 giugno 2022, all'url https://www.supreme-court.gov/opinions/21pdf/19-1392_6j37.pdf.

⁶ Cfr. F. Vari - M. Vittori, in *Foronews*, 26 luglio 2022, all'url <https://www.foroitaliano.it/news/1658/prime-note-sulla-sentenza-dobbs-v-jackson-women-s-health-organization-della-corte-suprema-degli-stati-uniti/>.

⁷ Cfr. R. Coppola, *Profili etici e giuridici del trattamento dell'infertilità di coppia*, in Aa.Vv. *Recte Sapere. Studi in onore di Giuseppe Dalla Torre*, I, Torino, Giappichelli 2014, 221-228.

che lo riguarda, tanto più dopo l'intervento della Corte costituzionale ai sensi della sentenza 242/2019⁸. Infatti la libera scelta del medico di assecondare il proposito di suicidio di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale – pur sottoposta a stringenti condizioni (patologia irreversibile, sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, capacità di prendere decisioni libere e consapevoli) – va sempre valutata caso per caso e sicuramente comporta, in presenza di tutti gli elementi che gli indirizzi applicativi dell'art. 17 del Codice deontologico ancora in vigore si occupano di esplicitare, la non assoggettabilità del medico a sanzioni disciplinari (espressione più precisa rispetto alla “*non punibilità* del medico da un punto di vista disciplinare”).

Avevo in un primo tempo ritenuto che, alla luce di tutto ciò, maggiormente s'imponesse l'elaborazione di una più meditata clausola di coscienza in senso lato, che tenesse conto di un problema gravemente avvertito dalla coscienza del medico, forgiata sui dettami del giuramento di Ippocrate, che non può considerarsi assolutamente desueto quanto meno nello spirito. Non siamo tuttavia in presenza del classico vuoto normativo, in ordine al quale un codice deontologico non può rimanere inerte.

Vero è infatti che la declaratoria di parziale illegittimità costituzionale dell'art. 580 cod. pen. si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza far sorgere alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici, essendo affidata alla coscienza del singolo la scelta di accogliere o di non esaudire la richiesta del malato. Così, mentre non vi sarebbe, anzi non vi è spazio per l'obiezione in senso stretto, occorre non dimenticare che svolge lateralmente ed egregiamente il suo compito, sempre sul versante deontologico, il disposto generale e funzionale dell'art. 22 sul rifiuto di prestazione professionale, che allo stato può rimanere com'è e affiancare gli indirizzi applicativi sopra ricordati.

Non è da escludere peraltro in futuro, segnatamente in caso d'intervento del novello legislatore, la necessità di uno studio articolato e documentato della questione, anche a livello comparativo, al quale mi riprometto – ove se ne avverta il bisogno – d'iniziare a metter mano dopo la conclusione dei lavori del presente convegno⁹. Circa infine il ruolo del medico, al cui Gruppo di studio il sottoscritto ha partecipato, ritengo sia mio dovere osservare che qualche ragione deve pur esserci, se l'odierno *Codex deontologicus* non contiene una definizione del ruolo del medico. Essa può ricavarsi (e può

⁸ Cfr. Corte costituzionale, 22 novembre 2019, n. 242, all'url <https://www.cortecostituzionale.it/action-SchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242>.

⁹ Circa le nuove problematiche emergenti dagli sviluppi della scienza e della tecnologia in biomedicina, sul modello dei diritti umani in chiave cattolica, cfr. L. Palazzini, *Il contributo di Giuseppe dalla Torre al dibattito bioetico e biogiuridico*, in *Recte Sapere*, cit., II, 1172-1191.

essere d'esempio) dal titolo II del Codice sui doveri e sulle competenze del medico, nonché dal Titolo III concernente i rapporti con la persona assistita, in particolare la relazione di cura. Un'antica regola in ambito giuridico richiama il principio secondo cui "omnis definitio est periculosa" e, in relazione a ciò, invito i componenti della Consulta medica a formulare eventuali proposte definitive solo ex post, dopo aver formulato il complesso di regole di autodisciplina in via di formazione per una revisione *ab imis* del Codice di deontologia medica 2014.

Raffaele Coppola

Professore ordinario Direttore del Centro di ricerca "Renato Baccari"

Dipartimento di giurisprudenza - Università di Bari "Aldo Moro"

Avvocato della Santa Sede per il Foro canonico e civile

IL MEDICO NELLA RELAZIONE DI CURA

di Pasquale Giuseppe Macrì

I codici deontologici precedenti trattavano la questione del rapporto medico paziente al singolare ed in modo unidirezionale, riferendosi al concetto di “alleanza terapeutica”. Da alcuni anni, tuttavia, si è iniziato a far riferimento al concetto di “relazione di cura”, come anche riportato nella Legge 219/2017 il cui tema è stato proprio quello di (ri)definire il cosiddetto rapporto medico paziente.

Il termine relazione sostituisce quello di alleanza terapeutica e l'intuizione della Legge 219/2017 di definirlo “relazione” è molto significativa, necessitando di una particolare attenzione da parte del medico. Andrà quindi definita, sotto il profilo professionale e deontologico, la visione attuale e futura della relazione di cura. Etimologicamente il termine è riconducibile al verbo latino “*referre*” che in prima istanza significa “riferire, riportare” e, in seconda istanza, “stabilire un legame, un rapporto, un collegamento”: in tal senso appare evidente come chi deve riferire debba anche stabilire un legame con qualcuno.

In sociologia le relazioni si fondano sui processi di comunicazione, di condivisione all'interno di gruppi sociali: l'organizzazione sociale presuppone la comunicazione quale momento indefettibile di ogni relazione. Nelle accezioni comuni parliamo di relazione tra due o più persone alludendo a un legame di amicizia, un legame sentimentale. Quindi la relazione fra due persone che allude a un legame, comporta anche una simpatia, un vivere le sensazioni e sofferenze insieme.

Al comma 2 dell'articolo 1 della Legge 219 del 2017 è riportato come debba essere “*promossa e realizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico*”. È da evidenziarsi come la congiunzione “e” ponga una differenziazione sostanziale tra la “relazione di cura” e la “relazione di fiducia” ove la relazione di fiducia (terapeutica) appare più ristretta, necessariamente limitata al rapporto duale medico-paziente, mentre la relazione di cura è ben più ampia includendo più sistemi, più professioni, più specialità mediche e, dalla parte del paziente, il suo legale rappresentante o fiduciario e, se il paziente lo desidera, i suoi familiari, la parte dell'unione civile il convivente o qualsiasi persona di fiducia del paziente. La dicitura “*contribuiscono alla relazione di cura*”, di cui all'incipit del secondo punto del comma 2, pone in risalto come esista una relazione essenziale e nucleare (la relazione terapeutica e fiduciaria medico-paziente), a cui si aggiungono i contributi di soggetti altri che possono essere del mondo sanitario

(medici, infermieri, assistenti sociali, operatori socio-sanitari, operatori tecnici), che si confronta non solo con il paziente, ma, sempre che il paziente lo desideri, anche con i suoi familiari, la parte dell'unione civile, il convivente o qualsiasi persona di fiducia indicata dal paziente. La relazione di cura, quindi, appare come un luogo estremamente affollato, ove contribuiscono e concorrono, in base alle rispettive competenze, tutte le professioni sanitarie (mediche e non), ma anche i familiari, i caregivers e chiunque altro designato e voluto dal paziente.

Nell'affollato luogo della relazione di cura, fondata sull'informazione e sul consenso, come previsto dalla Legge 219, *“si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico”*. In tale contesto il medico assume una posizione di speciale responsabilità (non certo di primazia) ponendosi quale garante delle competenze e generatore e custode della relazione di fiducia. Nella più ampia relazione di cura, il rapporto di fiducia tra medico e paziente appare quale elemento nucleare, ove, l'interruzione del rapporto di fiducia interrompe anche inevitabilmente la relazione di cura: raramente questo avviene nel rapporto con le altre professioni e con gli operatori tecnici.

Questo è un punto fondamentale che il Codice deve individuare, non potendosi disciplinare l'intera relazione di cura ove operano anche professioni non mediche e soprattutto non sanitarie. Dobbiamo quindi distinguere l'ampia relazione di cura composta dalla sinergia tra l'equipe sanitaria e il gruppo dei “compazienti”, ovvero il gruppo di persone che soffrono e sopportano il disagio derivante dalla malattia del paziente e che sono con esso in relazione esistenziale e da lui autorizzati a partecipare alla relazione, e la relazione terapeutica composta dal medico, dal paziente o dal suo fiduciario o legale rappresentante. Tale relazione è connotata dal perseguimento di risultati salvifici o salutari, anche farmacologici, non solo tecnici, i cui limiti sono esclusivamente posti in capo all'autodeterminazione e autonomia decisionale del paziente ed alla competenza, autonomia professionale e responsabilità del medico. Per meglio comprendere la dinamica tra la relazione di cura e la relazione terapeutica, è possibile immaginare la relazione di cura tra medico e paziente come necessaria, indispensabile ma non sufficiente a soddisfare i bisogni della persona malata. Quindi la relazione terapeutica è necessaria ma non sufficiente, ove per ottenere piena efficacia, deve iscriversi armonicamente nello spazio di rappresentazione della più ampia relazione di cura. Nella relazione di cura il paziente è il protagonista, ma il medico è il deuteragonista e insieme si gioveranno dei contributi dell'intera equipe sanitaria e dell'equipe dei “compazienti” nel perseguimento del migliore interesse del paziente.

Le dottrine bioetiche e deontologiche hanno da tempo stigmatizzato la relazione medico-paziente, definendola relazione asimmetrica o doppiamente asimmetrica e ponendo una accezione negativa sulla asimmetria della relazione stessa. Relazione asimmetrica, in favore del medico, in quanto alle competenze; doppiamente asimmetrica quando la primazia sulle competenze del medico si confronta con quella del paziente in ambito decisionale.

Va tuttavia rilevato come, sia la relazione di cura, sia la relazione di fiducia tra medico e paziente, siano necessariamente asimmetriche, così come tutte le relazioni umane intersoggettive. Nelle relazioni intersoggettive ogni componente esprime bisogni e necessità di soddisfazioni del tutto asimmetriche e differenti, dovendosi con ciò accogliere positivamente dette asimmetrie, quali costanti che rendono perfettamente valide ed efficaci le relazioni di cura e terapeutiche.

Il medico, quindi, nella relazione terapeutica e di cura, impronterà la propria condotta sulla scorta della medicina basata sulle evidenze (Evidence-Based Medicine) con riferimento alla competenza, e alla medicina basata sui valori (Value-Based Medicine) della persona con riferimento alla relazione con il paziente. In definitiva, la medicina basata sulle evidenze e sui valori della persona dovrà essere il fondamento dell'agire medico in ogni contesto: questa visione della medicina e del rapporto medico-paziente assicurerà i migliori risultati sotto il profilo clinico e, nel lungo periodo, darà luogo alla piena soddisfazione del paziente con riconoscimento del valore professionale del medico e del di lui ruolo sociale rispetto al suo operare nella collettività.

Pasquale Giuseppe Macri

Direttore Area Dipartimentale e UOC Medicina Legale

e responsabilità sanitaria ASL Toscana Sud Est,

Coordinatore Comitato per l'Etica Clinica,

Direttore del Centro Regionale del Rischio clinico Regione Toscana

IL MEDICO DEL FUTURO

di Gian Franco Gensini

Il presente contributo mira a condurre un excursus sul cambiamento della medicina e della figura del medico nel corso degli anni fino a oggi e “oltre”. E a riflettere sul significato di futuro, presente e passato.

Il futuro è un qualcosa di mezzo, o meglio un qualcosa di ulteriore tra il passato e il presente. La Treccani definisce Presentismo quando si pensa solo al presente e non al passato e al futuro. Heidegger sottolineava l'irrealtà di futuro e passato, mentre Agostino delineava il presente in tre elementi, la memoria, cioè il presente del passato, la visione (cioè il presente del presente), l'attesa cioè il presente del futuro. C'è poi l'eternalismo: gli eventi esistono tutti, con un approccio quadridimensionale del mondo. Il punto fondamentale è che il presente costruisce il futuro.

Il presente e il futuro attuale si collocano nel cyber spazio nel quale siamo dentro costantemente, per esempio con il telefonino si va nel cyber spazio, uno spazio virtuale che pullula di dati.

Secondo Chris Anderson questo diluvio di dati rende il metodo scientifico ormai obsoleto. Occorre però considerare che sebbene l'analisi non supervisionata dei big data fornisca elementi cruciali, la teoria scientifica deve ancora alimentare l'intelligenza artificiale.

Nel contesto della quarta rivoluzione industriale, caratterizzata da intelligenza artificiale, big data e Internet of Things, la medicina si evolve. La medicina nasce come: *amor, suavitas, humanitas* e poi diventa un atto di squadra. La nascita della Checklist rappresenta un'innovazione, ispirata dall'esperienza degli aviatori nel 1935.

Diversi strumenti emergono, come la medicina narrativa, che pone attenzione sulla narratività per comprendere ciò che non è scritto. La Digital Narrative Medicine integra il digitale nella narrazione. L'Evidence Based Medicine, con prove documentate da studi scientifici, si fonde con la Narrative Based Medicine, enfatizzando la sintesi tra narrativa ed evidenze.

L'Information, Communication & Technology gioca un ruolo fondamentale nella medicina delle quattro P: predittiva, preventiva, partecipativa e personalizzata. La medicina di precisione, supportata economicamente negli Stati Uniti, si propone di personalizzare la cura, superando la medicina delle evidenze.

La medicina di precisione va a sanare la medicina delle evidenze portandola a fare un passo in avanti. Limite della medicina delle evidenze è quello di considerare tutti i pazienti uguali e tutti rassomiglianti al paziente medio, ideale e come tale non esistente.

Il concetto di big data nella medicina delle tre V si amplia con il volume (dei dati), la veracità e il valore. Il metadato, collegato a etichette, è fondamentale, e l'uso della intelligenza artificiale nella medicina delle evidenze si evolve verso la medicina personalizzata.

Ma oggi si parla anche di metaverso, parola macedonia, come dice l'Accademia della Crusca, che deriva da meta, con, dietro, oltre, e il sostantivo universo.

E allora quali sono i campi di applicazione? Soprattutto nella formazione (per esempio interventi chirurgici) ma ci sono studi che vedono il metaverso come strumento curativo per la salute mentale.

Quando si parla di metaverso occorre però sottolineare che siamo ancora in un campo in divenire ancora poco certo. I giornali sono passati dal titolare “il metaverso è morto”, poi “il metaverso non esiste ma non è ancora morto”.

Quando si parla di medicina del futuro non può mancare un cenno ai Digital twins – gemelli digitali. Per capirne il senso occorre fare riferimento al primo esempio di gemello meccanico, non digitale: quello dell'Apollo 13. In quell'occasione vennero fatte delle prove sul gemello meccanico e alla fine si decise di usare il motore del LEM, il motore dell'allunaggio fuoribordo per frenare la corsa della navicella.

Dopo di allora naturalmente furono inventate tutte le ridondanze possibili per evitare questo problema però fu utilizzato in questo caso il gemello non virtuale ma meccanico. Gemello digitale, perché serve? Il gemello digitale se sufficientemente informato può analizzare e trovare le risposte a una serie di problemi prima di somministrare la terapia oppure per capire perché la terapia non è efficace o causa problemi.

Tutte queste possibilità di utilizzo e di sviluppo dell'intelligenza artificiale se da una parte sono stimolanti dall'altra richiedono prudenza e attenzione. La supervisione dell'intelligenza artificiale è cruciale, affinché possa rendere la cura dei pazienti nuovamente umana, nonostante la necessità di dimostrare la sua reale capacità di migliorare rispetto alla terapia usuale. Attualmente però mancano prove concrete. In conclusione, l'intelligenza artificiale non dovrebbe mai essere delegata ma dovrebbe

essere attentamente supervisionata per garantire un'assistenza umana e sicura ai pazienti.

Gian Franco Gensini

Professore ordinario di medicina interna e Direttore Scientifico dell'IRCCS MultiMedica di Sesto San Giovanni (MI)

NUOVO RUOLO DEL MEDICO E INTELLIGENZA ARTIFICIALE

TELEMEDICI? VANTAGGI E RISCHI DELLA TELEMEDICINA ASSISTITA DA INTELLIGENZA ARTIFICIALE¹

di Carlo Casonato

Introduzione

Secondo la più recente letteratura, la parola *telemedicina* fu usata per la prima volta nel 1971, da un dottore di Boston che aveva costruito un “microwave link” per collegare a distanza una clinica per cure urgenti al pronto soccorso del Massachusetts General Hospital². Anticipata da un’esperienza decennale di dispositivi, come il telefono, che permettevano di mettere in comunicazione attraverso lo spazio il professionista della salute con la persona malata, la nuova tecnologia si diffuse rapidamente e, a seguito di una serie di miglioramenti tecnici, fu supportata dallo stesso US Department of Health³. Già dai primi anni ’50, inoltre, erano stati realizzati i primi progetti tesi a condensare le caratteristiche delle malattie in informazioni processabili da un computer (bits) in modo da assistere il medico nella lettura e interpretazione di una quantità di dati altrimenti ingestibile. Il motto del tempo era condensato nelle

¹ Lo scritto riprende le considerazioni svolte con Simone Penasa in *Intelligenza artificiale e medicina del domani*, in G. F. Ferrari (a cura di), *Le smart cities al tempo della resilienza*, Mimesis edizioni, 2021, 553-586 e riproduce quanto scritto in E. Rigo (a cura di), *Per una ragione artificiale. In dialogo con Lorenzo d’Avack su Costituzione, ordine giuridico e biodiritto*, RomaTre Press, 2023, 219-227.

² J. A. Greene, *The Doctor Who Wasn’t There*, The University of Chicago Press, 2022, 3.

³ Cfr. R. L. Bashshur, G.W: Shannon, *History of Telemedicine. Evolution, Context, and Transformation*, Mary Ann Liebert Inc., 2010.

formule “*Electronic medical journals, electronic diagnostic machines, electronic medical records*”, con il rischio che il professionista diventasse un *Push-Button Physician*⁴. Già in quegli anni, si mettevano in evidenza i vantaggi del nuovo approccio, sottolineandone l’indipendenza rispetto alle distanze, la velocità e la completezza di analisi. Da subito, tuttavia, se ne individuaronο alcuni limiti, tanto che nel 1964 il direttore della National Library of Medicine sostenne come i nuovi dispositivi fossero “*a new instrument of the research library, not a replacement*”⁵. A seguito di un periodo di rallentamento dei progressi nel settore della “medicina elettronica”, corrispondenti in buona sostanza al cd. inverno dell’intelligenza artificiale, i finanziamenti nel settore vennero limitati. Con l’ingresso nel nuovo millennio, tuttavia, la straordinaria potenza di calcolo dei nuovi computer e nuove tecnologie (*machine learning, neural networks, ecc.*) permisero di elaborare in termini rapidissimi quell’enorme mole di dati, anche sanitari, di cui ogni persona lasciava traccia nel corso della sua vita. Con l’impennata dei finanziamenti nel settore, l’intelligenza artificiale (*Artificial Intelligence: AI*) divenne quella che oggi è la tecnologia a maggior velocità di diffusione anche nella medicina, schiudendo enormi vantaggi, ma nascondendo anche non irrilevanti rischi. Nei prossimi paragrafi, affronterò alcune delle molte questioni legate all’impiego della AI in medicina, incrociando tanto le tecnologie più innovative quanto i nuovi approcci di salute individuale e collettiva.

GP at Hand

L’esperienza del Covid e i conseguenti processi di indebolimento e spersonalizzazione di molte relazioni hanno messo in luce tutti i punti di forza e di debolezza che un’assistenza sanitaria svolta da remoto può presentare⁶. Un caso particolarmente emblematico dei vantaggi e dei pericoli dell’impiego della AI nell’ambito della relazione di cura in tal modo instaurata è rappresentato da *GP at Hand*, un sistema di “assistenza medica intelligente” originariamente fornito da Babylon ed ora gestito da eMed e già implementato in alcune zone del Regno Unito, degli Stati Uniti e in Africa che permette ai medici di medicina generale aderenti al progetto (i *General Practitioners: GP*) di elaborare in tempi rapidi e con buone dosi di accuratezza dia-

⁴ J. A. Greene, *The Doctor Who Wasn’t There*, cit., 181.

⁵ *Idem*, 187.

⁶ Si veda il document della National Academy of Medicine, *Toward Equitable Innovation in Health and Medicine: A Framework*. Washington, DC: The National Academies Press, 2023.

gnosi, prognosi e percorsi di cura per i malati che hanno deciso di avvalersene⁷. Per valutare le potenzialità e le incognite di tale servizio proporrò un percorso di analisi che, partendo da una sintetica illustrazione della applicazione proposta (*GP at Hand*), ne ricostruisce il possibile impatto sui malati, sui medici coinvolti e sulla medicina intesa in termini complessivi.

GP at Hand fa parte di una strategia adottata dal governo britannico, fra gli altri, tesa a favorire il più ampio accesso possibile a cure primarie di alta qualità attraverso l'impiego di tecnologie digitali. In particolare, si fornisce l'accesso gratuito a un servizio di videoconsulenza online, attivabile attraverso una App fornita dalle compagnie private menzionate, convenzionate con il servizio pubblico⁸. Le persone che decidono di registrarsi a questo servizio procedono attraverso una prima fase di consulenza automatizzata, a seguito della quale possono decidere se attivare una videoconsulenza con un medico. La App è accessibile 24 ore su 24 ed è possibile ottenere una consulenza via remoto con un dottore entro una media di quattro ore. Nel caso in cui non fossero soddisfatti di tale modalità di consulto, i malati hanno la possibilità di prenotare una visita ordinaria e di recarsi fisicamente da un medico aderente al servizio seguendo le normali procedure e tempi di attesa⁹.

Fra le caratteristiche principali del servizio fornito figura quella secondo cui il medico che esamina il paziente da remoto è assistito da un meccanismo di AI che gli permette di visualizzare la storia clinica del malato e un suo *digital twin*. Sulla base di tali dati e dell'andamento del dialogo, il dispositivo suggerisce in tempo reale le domande da rivolgere al paziente, in modo da precisare nel corso della "visita" le possibili cause del malessere riportato, la diagnosi, la prognosi e una proposta di trattamento. Un sistema di riconoscimento facciale, inoltre, è teso a rilevare gli stati d'animo del malato (come confusione, noia, preoccupazione) suggerendo al medico le strategie comunicative più opportune per condurre una intervista accurata ed efficace. Il dialogo è trascritto e registrato in automatico e rimane nell'archivio della compagnia e a disposizione del malato.

Tale modello presenta sia potenzialità che incognite, le quali, come anticipato, possono essere esaminate dal punto di vista dell'impatto sul malato, sul medico e sulla

⁷ Cfr. E. Mahase, *Babylon looks to sell GP at Hand and other UK business amid financial issues*, in *British Medical Journal*, 2023, 382; S. Trendal, *New owner of remote NHS GP service pledges no disruption or staff cuts after Babylon bankruptcy*, in *Health and Social Care, News*, Oct 4, 2023.

⁸ Cfr. <https://www.england.nhs.uk/london/our-work/gp-at-hand-fact-sheet/#:~:text=Babylon%20GP%20at%20Hand%20is,point%20of%20use%20for%20patients>.

⁹ T. Burki, *GP at hand: a digital revolution for health care provision?*, in *The Lancet*, 2019, 394, 457.

medicina in sé considerata.

Il malato

Evidenti, anzitutto, sono i vantaggi che una persona che avverta uno stato di malessere può ottenere in termini di celerità del consulto, vista la modalità operativa del servizio offerto (H24) e la possibilità di ottenere la disponibilità per una videoconsulenza nell'arco di poche ore. La capacità da parte del sistema di AI di abbinare la storia clinica del malato e le indicazioni assunte durante il colloquio con gli esiti statisticamente più probabili desunti da ampie banche dati, in secondo luogo, permette di elaborare e di suggerire al medico diagnosi, prognosi e proposte di cura dotate di un alto livello di accuratezza¹⁰. In termini di relazione di cura, in terzo luogo, il riconoscimento facciale ha il vantaggio di aiutare il medico a capire le reazioni del malato, favorendo l'aggiustamento delle modalità comunicative da parte del professionista e la comprensibilità complessiva della comunicazione.

D'altro canto, tale sistema nasconde anche una serie di rischi. È noto, ad esempio, come i sistemi di AI comprendano e producano errori e *bias* non trascurabili, generati tanto dal fattore umano alla base della costruzione del dispositivo e dalla selezione dei data set di addestramento, quanto dai risultati dell'algoritmo e dalla rispettiva interpretazione¹¹. Un secondo ordine di criticità riguarda la non equivalenza fra un collegamento audio-video e una visita medica in presenza¹². In questo senso, la App potrebbe contribuire a una disumanizzazione del rapporto medico-paziente, in cui entrambe le figure si accontentano di rapportarsi con una parte, per di più virtuale, del tutto. Un terzo ordine di criticità è legato alla necessità che i malati che accedono a *GP at Hand* possiedano buone competenze digitali. Tale elemento produce un effetto di selezione delle persone che si rivolgono al sistema che trascende il *digital divide* e si riverbera sull'età, e quindi sulle condizioni generali di salute dei malati, oltre che

¹⁰ Di "qualità molto superiore" e di "costi di gran lunga inferiori" parla L. d'Avack, *La rivoluzione tecnologica e la nuova era digitale: problemi etici*, in U. Ruffolo (a cura di), *Intelligenza artificiale. Il diritto, i diritti, l'etica*, Giuffrè, 2020, 8.

¹¹ Cfr. M. Burges, N. Kobie, *The messy, cautionary tale of how Babylon disrupted the NHS*, in *Wired*, 18 marzo 2019 (<https://www.wired.co.uk/article/babylon-health-nhs>). Più in generale, D.A. Vyas et al., *Hidden in Plain Sight - Reconsidering the Use of Race Correction in Clinical Algorithms*, in *New England Journal of Medicine*, 2020, 874-882; A. Bracic, et al., *Exclusion cycles: Reinforcing disparities in medicine*, in *Science*, 2022, 6611, 1158-1160.

¹² Cfr. K.E. Karches, *The Moral Difference between Faces & Face Time*, in *The Hastings Center Report*, 4/2023, 16-25.

sulla provenienza sociale e il relativo reddito¹³. Tale condizione rischia quindi di produrre un effetto potenzialmente discriminatorio su basi collegate sia alla età che allo stato sociale degli utenti coinvolti¹⁴.

Il medico

I vantaggi e le criticità dell'applicazione qui in esame possono essere valutate anche in riferimento al medico che la utilizza. In termini positivi, il professionista è messo nelle condizioni di scegliere la fascia oraria in cui dare la propria disponibilità. La modalità H24, infatti, può permettere grande flessibilità nell'individuare il proprio orario di lavoro, senza doversi impegnare su tabelle orarie standard. D'altro canto, si può rilevare come tale aspetto sia retto dalla logica che lega la domanda all'offerta. In questo senso, alcuni medici potrebbero essere in realtà costretti a orari scomodi. Fra i benefici per il professionista, inoltre, va menzionato come *GP at Hand* offra la possibilità di svolgere le proprie mansioni ovunque esista una rete sufficientemente potente, permettendo di evitare inutili spostamenti e di approntare il proprio "studio" in ogni luogo.

D'altro canto, tenendo conto delle menzionate caratteristiche della fascia di popolazione che tipicamente si rivolge al modello di assistenza qui in esame (giovani con buon reddito), *GP at Hand* potrebbe avere un impatto discriminatorio anche in riferimento alla classe medica. I professionisti aderenti all'iniziativa, infatti, si troverebbero a trattare le persone più facoltose e più giovani (statisticamente con condizioni di salute migliori), lasciando ai colleghi i malati la cui presa in carico risulta più complessa e impegnativa. Tale tendenza potrebbe risultare controproducente per gli stessi medici aderenti al servizio: abituati a trattare la fascia di popolazione più "facile", rischierebbero di perdere via via la capacità di affrontare problematiche più serie e complesse, affrontando un percorso di complessivo *de-skilling*. In una prospettiva simile, emerge il rischio che il medico assistito nella propria attività dal dispositivo, entri in una routine in cui le decisioni cliniche sono, di fatto, delegate alla macchina.

¹³ Il 94% di persone che si rivolgono a GP at Hand ha meno di 45 anni e due terzi di esse provengono da aree residenziali benestanti: T. Burki, *GP at hand: a digital revolution for health care provision?*, cit. 458; M. Burges, N. Kobie, *The messy, cautionary tale of how Babylon disrupted the NHS*, cit.

¹⁴ L. d'Avack, *La rivoluzione tecnologica e la nuova era digitale: problemi etici*, cit., 21 menziona la necessità che le opportunità delle nuove tecnologie siano "inclusive di un numero più ampio possibile di cittadini a prescindere dalla loro condizione sociale, classe di reddito, ubicazione geografica e da altri fattori analoghi".

In un'epoca di diffusa de-responsabilizzazione, aggravata dalle derive della medicina difensiva, emerge il rischio che il ruolo del medico diventi una semplice formalità, meramente confermativa di quanto assunto dalla macchina. Di fronte ad una tecnologia percepita diffusamente, anche se erroneamente, come neutrale, oggettiva e sempre esatta è probabile che il professionista incaricato di svolgere la “visita” consideri più comodo e prudente non opporsi al risultato algoritmico, evitando di assumersi una rischiosa responsabilità personale¹⁵. Il rischio, insomma, consiste nel rendere la decisione clinica sostanzialmente catturata dalla AI¹⁶ e generare un nuovo modello di medicina difensiva.

In termini generali, d'altro canto, alcuni osservatori ritengono che l'impiego della AI in medicina spinga il medico a recuperare una funzione centrale nella relazione medico-paziente, permettendo di delegare alla macchina tutte le attività meno rilevanti e di recuperare quelle in cui è necessaria una componente umana¹⁷. In questi termini, la *GP at Hand* libererebbe i professionisti dalla conduzione routinaria delle visite e permetterebbe loro di dedicare più tempo ai casi più complessi e di recuperare la dimensione relazionale della propria professione. Viceversa, altri commentatori hanno analizzato le tendenze storicamente affermatesi riguardo ai carichi di lavoro in medicina, individuando come alla riduzione delle mansioni non corrisponda un allungamento del tempo dedicato a quelle rimaste, ma un aumento del numero di prestazioni da erogare¹⁸.

La medicina

Le considerazioni fin qui svolte introducono i mutamenti che l'utilizzo della AI, come esemplificato da *GP at Hand*, potrebbe provocare sulla pratica medica. Fra i molti vantaggi, possono richiamarsi: la possibilità di riorganizzare in termini più fles-

¹⁵ “The collective medical mind is becoming the combination of published literature and the data captured in health care systems, as opposed to individual clinical experience”: D.S. Char, N.H. Shah, D. Magnus, *Implementing Machine Learning in Health Care - Addressing Ethical Challenges*, in *The New England Journal of Medicine*, 2018, 378(11), 981.

¹⁶ A. Simoncini, *L'algoritmo incostituzionale: intelligenza artificiale e il futuro delle libertà*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 1/2019, 69.

¹⁷ E. Topol, *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*, Basic Books, New York, 2019.

¹⁸ R. Sparrow, J. Hatherley, *High Hopes for “Deep Medicine”? AI, Economics, and the Future of Care*, in *The Hastings Center Reports*, 2020, 50(1), 14-17.

sibili ed efficaci il servizio sanitario, rispondendo in termini tempestivi e competenti alla crescente domanda di salute; l'assistenza ai medici di medicina generale (ma non solo) nel giungere a diagnosi e percorsi di cura rapidi e accurati; l'occasione di ridare al medico una posizione centrale nella relazione di cura; la capacità di strutturare una medicina sostenibile e orientata ai bisogni del paziente. A livello globale, inoltre, l'impiego della AI e di App simili a quella qui esaminata può considerarsi molto efficace, soprattutto in riferimento ai Paesi a reddito medio-basso, in cui la popolazione malata non avrebbe altrimenti alcun accesso alle cure¹⁹.

A fianco di queste opportunità, l'impiego della AI in medicina solleva però anche una serie di interrogativi e di dubbi. In primo luogo, è emerso il rischio legato alla possibile desuetudine nei confronti delle visite in presenza (de-skilling), con un pericolo di complessiva disumanizzazione della medicina che si trasformerebbe in una sorta di sofisticato *call center*. La fornitura della App da parte di compagnie private, inoltre, può spingere verso la marginalizzazione della dimensione pubblica, in un settore in cui non si può escludere che interessi di natura economico-finanziaria prevalgano su quelli legati alla salute collettiva. Potrebbe presentarsi il rischio, ad esempio, che algoritmi programmati secondo criteri orientati alla speculazione commerciale più che all'innalzamento della salute collettiva favoriscano l'aumento del consumo di (determinati) farmaci, e quindi della spesa sanitaria, piuttosto che promuovere logiche legate al miglioramento degli stili di vita. In termini di complessiva sostenibilità economica di *GP at Hand*, inoltre, si è evidenziato come la facilità nell'accedere alla videoconsulenza possa favorire l'aumento della richiesta (*supply-induced demand*)²⁰.

Inoltre, quando ci si riferisce alle tecniche più sofisticate di AI (*machine learning*) risulta praticamente impossibile tracciare i passaggi interni e la logica di fondo adottata dalla macchina per giungere alla propria conclusione. Se l'*output* finale del procedimento è noto, non lo è l'*iter* che lo ha generato, a motivo della sostanziale opacità delle dinamiche interne al sistema. Tale fenomeno (*black box*)²¹ è particolarmente rilevante anche in ambito medico, impedendo la verifica sulle singole fasi interne al procedimento e pregiudicando la possibilità di un controllo sulla congruità delle motivazioni alla base della decisione. In assenza del requisito della trasparenza, così,

¹⁹ Babylon ha annunciato la volontà di estendere l'operatività della App, oltre che agli Stati Uniti, in undici paesi asiatici. In Ruanda, anche grazie ad un finanziamento da parte della Bill & Melinda Gates Foundation, il sistema è utilizzato da circa due milioni di persone, al prezzo una tantum di 20 centesimi di dollaro. Cfr. T. Burki, *GP at hand: a digital revolution for health care provision?*, cit., 460.

²⁰ *Idem*, 459-60.

²¹ Cfr., per tutti, F. Pasquale, *The Black Box Society*, Harvard University Press, 2016.

è forte il dubbio che le decisioni cliniche possano godere di una piena legittimazione e di un complessivo riconoscimento da parte dei malati. Un ultimo impatto potenzialmente critico dell'impiego della App in parola sulla medicina riguarda la sua validazione. In quanto dispositivi medici, tali App potrebbero seguire i ben delineati percorsi della sperimentazione clinica (*clinical trials*). Tuttavia, alcune caratteristiche specifiche di tali macchinari suggeriscono una particolare attenzione. In termini specifici, ad esempio, meccanismi che si basano sul *machine learning* hanno la capacità di modificare il proprio funzionamento in base alla esperienza. Anche se un dispositivo avesse ottenuto, in origine, l'autorizzazione ad essere utilizzato, quindi, ci si deve chiedere per quanto tempo tale approvazione possa valere nel momento in cui il dispositivo stesso si sia autonomamente modificato²².

In termini generali, inoltre, ci si è chiesti se i dispositivi di AI impiegati in ambito medico non debbano essere valutati alla luce di uno spettro di interessi ben più ampio rispetto alla loro mera efficacia tecnica. Come testimoniato proprio da *GP at Hand*, l'utilizzo di tali dispositivi produce un impatto non certo limitato al beneficio terapeutico della singola prestazione sul singolo malato, ma coinvolge una molteplicità di dimensioni collettive e di variabili di natura sociale, giuridica, professionale ed economica. Ciò di cui doversi preoccupare, quindi, non è solo il possibile danno al singolo utente, ma i modelli complessivi di medicina e di società che la diffusione di tali strumenti necessariamente veicola²³.

Spunti conclusivi

Quanto fin qui sostenuto non conduce certo a rifiutare le nuove tecnologie di AI in ambito medico. Induce piuttosto a riflettere sulle attenzioni necessarie a scongiurare i rischi e sfruttarne i vantaggi.

È anzitutto necessario impedire che una medicina assistita dagli algoritmi acuisca, invece di combattere, le vulnerabilità sociali ed economiche già presenti. Sarà inoltre necessario approntare strumenti efficaci per evitare che i professionisti che lavorano con la AI perdano familiarità con i principi che reggono la relazione uma-

²² La proposta di regolamento europeo (AI act) propone al riguardo un monitoraggio lungo tutto il ciclo di vita del sistema. In generale, C. Casonato, B. Marchetti, *Prime osservazioni sulla proposta di regolamento dell'Unione europea in materia di intelligenza artificiale*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 3/2021, 415-437.

²³ Cfr. M. Smallman, *Policies designed for drugs won't work for AI*, in *Nature*, 2019, 567, 7.

na, contrastando una deriva di *de-skilling* che si è già presentata nell'esercizio di altre mansioni. Anche l'assetto degli aspetti economici e finanziari coinvolti dovrà essere attentamente valutato allo scopo di mantenere un sistema equilibrato, fra dimensione pubblica e privata.

È inoltre cruciale investire in attività formative e di sensibilizzazione, rivolte sia alla popolazione che ai professionisti della salute. Sul versante sociale, in questo modo, crescerà la consapevolezza delle potenzialità, ma anche delle criticità della AI e sarà possibile evitare, ad esempio, che si generino illusioni di infallibilità della medicina algoritmica o che si realizzino i rischi legati al fenomeno della distorsione dell'automazione. Sul versante professionale, sarà importante rafforzare percorsi formativi di carattere interdisciplinare, in modo da evitare che i medici siano tentati di delegare il proprio ruolo alle macchine²⁴. Per dare un contenuto concretamente garantista al principio dello *Human in the Loop*, infatti, non basta prevedere genericamente la presenza dell'umano all'interno del processo di formazione della decisione medica, ma è necessario che tale figura abbia, da un lato, le competenze informatiche di base per interpretare la decisione algoritmica e, dall'altro, la volontà di svolgere un ruolo di sorveglianza concreto ed efficace nel percorso di diagnosi e cura. Altrimenti, emerge il rischio che una medicina collegata alla AI, anche nel solco delle attuali derive di medicina difensiva, rinforzi un pericoloso processo di deresponsabilizzazione del medico. E forse a causa di queste criticità, va registrato come nel corso del 2022, Babylon abbia affrontato difficoltà economiche pesanti che hanno poi portato alla sua sostituzione con eMed²⁵.

Riprendendo il filo delle riflessioni sulla necessità che la cifra umana caratterizzi tanto il diritto, quanto l'etica e la medicina, si può concludere sottolineando la necessità di “difendere la specificità umana rispetto alla macchina”²⁶, consapevoli che “*science and technology alone will never be able to deliver a more just and equitable society*”²⁷.

Carlo Casonato

*Professore ordinario di diritto costituzionale comparato e biodiritto,
titolare della cattedra Jean Monnet su diritto e AI presso l'Università degli studi di Trento*

²⁴ A. Puccio et al., *Medical students need artificial intelligence and machine learning training*, in *Nature Biotechnology*, 2021, 39, 388-389.

²⁵ Oltre a quanto già citato, cfr. N. Kobie, *Babylon Disrupted the UK's Health System. Then It Left*, in *Wired*, 23 agosto 2022.

²⁶ L. d'Avack, *La rivoluzione tecnologica e la nuova era digitale: problemi etici*, cit., 25.

²⁷ V. Rampton, *Where telemedicine always falls short*, in *Science*, 2022, 378, 6619, 480.

TRA BIG DATA E BIG BUSINESS

di Paolo Foglizzo

L'Intelligenza Artificiale (IA) è probabilmente la novità più significativa e pervasiva dello scenario in cui già ci muoviamo oggi e lo sarà sempre di più in futuro. Un Codice deontologico che non si misurasse con questa sfida avrebbe ben poco significato.

In questo senso provo qui a proporre alcuni spunti che vanno intesi come stimoli per un brainstorming e come contributo a una riflessione che dovrà necessariamente proseguire, misurandosi con la concretezza delle pratiche della professione medica e delle procedure di funzionamento del sistema sanitario, in un modo che in questa sede non è possibile fare. Lo faccio nella mia prospettiva professionale, che è quella di redattore di una rivista che segue l'evoluzione dei fenomeni sociali in chiave generalista, ma sempre con una domanda sul significato etico di questa evoluzione. Ma anche nella prospettiva del mio campo di studi, che in origine è quello dell'economia.

Entra in campo un nuovo soggetto: come si riconfigurano le responsabilità?

L'IA non riguarda solo la medicina; quello che accomuna tutte le sue applicazioni è il senso di mistero e di magia che la circonda: è qualcosa il cui funzionamento è noto solo a pochi esperti e addetti ai lavori, mentre sfugge alla maggior parte di coloro che pure se ne avvalgono. Questo riguarda in particolare l'esatto funzionamento degli algoritmi su cui si basano le sue applicazioni, la base di dati su cui sono stati costruiti e soprattutto il modo in cui imparano dall'esperienza: è questa una delle novità più stupefacenti (*machine learning*, macchine la cui performance migliora nel tempo grazie all'uso). L'esperienza di usare traduttori automatici è stupefacente da questo punto di vista, e ancor più lo è quella di utilizzare strumenti di IA come ChatGPT e di comparare la loro performance, ad esempio nella redazione di un testo, con quella di autori umani.

Rimanendo nello specifico della professione medica, possiamo dire che il ricorso all'IA introduce di fatto un ulteriore soggetto nella relazione medico-paziente. Non entriamo nella questione se questo ulteriore soggetto sia il terzo, oppure il quarto o il quinto, tenendo conto della presenza degli altri professionisti della sanità e delle

organizzazioni, pubbliche e private, al cui interno un numero rilevante di medici esercita *in toto* o in parte la propria professione. In ogni caso, questo nuovo soggetto entra in campo con il compito di sostenere e potenziare l'azione del medico. Dobbiamo essere ben consapevoli che ha la capacità di farlo. È molto chiaro che per tutta una serie di compiti, in particolare quando si tratta di esaminare in tempi rapidissimi una grande quantità di dati – che si tratti dell'intera storia clinica di un paziente o di informazioni relative a una coorte di pazienti affetti dalla stessa patologia –, l'IA è già oggi in grado di fornire performance migliori di quelle dell'agente umano, e in futuro sarà sempre di più così. Sarebbe quindi un grave errore di prospettiva rinunciare a utilizzarlo o pensare di poter resistere al suo ingresso. Tuttavia dobbiamo essere consapevoli che questo nuovo soggetto ha anche la possibilità di vicariare il medico, fino a soppiantarlo, o anche manipolarlo o approfittarsi di lui.

Non dobbiamo immediatamente pensare a scenari fantascientifici di ribellione delle macchine, il cui archetipo è probabilmente il computer HAL 9000 nel film *2001: Odissea nello spazio*. Questo nuovo soggetto, infatti, non è l'IA stessa: anche se già si dibatte a riguardo, è ancora presto per riconoscerle una effettiva soggettività. Si tratta piuttosto del soggetto che la produce e la rende disponibile, che ha tratti assai più abituali, essendo ordinariamente organizzato in forma di impresa. Come ogni altro soggetto umano, individuale o associato, anche il fornitore di IA ha il proprio set di valori, principi, *bias* e interessi. In particolare *bias* e interessi rischiano di rimanere “nascosti”, ma questo non impedisce che possano interferire con la performance dell'IA e quindi con la prestazione del medico che se ne avvale. In particolare, soggetti organizzati in forma di impresa hanno necessariamente come obiettivo coprire i costi degli ingenti investimenti effettuati per lo sviluppo dei prodotti che mettono sul mercato – che si tratti di nuovi farmaci o di applicazioni di IA è indifferente da questo punto di vista –, per poter poi remunerare i capitali degli investitori, attraverso la distribuzione degli utili o profitti. Sono mossi primariamente dall'interesse al ritorno economico e finanziario. Con un corollario per noi molto rilevante: la segretezza sul funzionamento degli algoritmi è essenziale per assicurarne la possibilità di sfruttamento economico. Di conseguenza, le concrete specifiche di funzionamento, progettazione e addestramento delle applicazioni di IA, che ad esempio sarebbero fondamentali per la valutazione di eventuali *bias*, non possono essere divulgate, a differenza dei risultati della ordinaria ricerca scientifica.

A essere rilevante per le nostre considerazioni è il fatto che eventuali difetti o *bias* nella costruzione degli algoritmi hanno un impatto sulla qualità dei risultati. Pensando al concreto delle applicazioni mediche: sono affidabili per tutte le classi di

età? Per pazienti di tutte le etnie? Il punto è che l'inevitabile segretezza che tutela le opere dell'ingegno e il loro sfruttamento economico impedisce all'utente di avere consapevolezza di eventuali *bias*, e questo impatta sulla responsabilità del loro utilizzo. Sia chiaro: anche le competenze umane possono avere difetti o *bias*, ma è parte della responsabilità professionale essere consapevoli dei propri limiti e quindi non arrischiarsi in territori sconosciuti. Che cosa significa avvalersi di uno strumento di cui non si conoscono eventuali limiti? Che tipo di responsabilità, legale ed etica, ci si assume quando lo si fa?

Una nuova sfaccettatura del conflitto di interessi

Un secondo aspetto, ancora più rilevante, riguarda la raccolta di dati, estremamente sensibili, connessa all'uso di questi strumenti, e all'utilizzo che possono eventualmente farne altri soggetti. La questione riguarda certamente il rispetto della privacy, ma mi interessa qui sottolineare soprattutto l'ingente valore economico di quelle informazioni: i dati sono oggi una miniera d'oro. La "macchina" a cui è affidata la diagnosi può essere istruita a formulare una prescrizione terapeutica, proponendo un certo farmaco, venduto da una certa farmacia online, o richiedendo un certo esame clinico e proponendo al paziente una prenotazione in una certa struttura... Potrà inviare proposte di prodotti (integratori alimentari, ausili alla deambulazione...) specifici per la patologia da cui il cliente è affetto. I dati poi possono essere venduti, ecc., perché interessano a molti. È chiaro che sulla questione della protezione dei dati esiste un apparato legislativo molto articolato con l'obiettivo di tutelare il diritto alla riservatezza. Ma che cosa succede quando questi dati, per essere elaborati o memorizzati in vista di utilizzi futuri, sono trasferiti su server che si trovano in una diversa giurisdizione, in cui vige una diversa normativa, senza che gli utenti ne abbiano piena consapevolezza e senza soprattutto che possano intervenire per impedirlo, salvo rinunciare all'uso della macchina?

In molti casi è possibile che il medico non ne tragga alcun guadagno, o un guadagno molto modesto, ma la sua prestazione è l'occasione per guadagni altrui: ne è "complice"? Quale responsabilità deve esercitare a riguardo? Come si può difendere dalle eventuali pressioni o seduzioni di questi interessi?

Sostanzialmente si apre una nuova area di conflitto di interesse, che va liberata dalla interpretazione politica e moralistica che spesso ha ricevuto nel nostro Paese.

Nella professione medica si tratta di qualcosa di strutturale e ineliminabile, in quanto legata alla asimmetria informativa tra medico e paziente. In termini economici, il medico (o sempre più spesso il “complesso industrial-sanitario” in cui il medico opera) si trova a essere nella posizione di rappresentare l’offerta e al tempo stesso di essere colui che traduce il bisogno in domanda, operazione che tipicamente il malato non è competente a fare. Questa situazione non è nuova, e su di essa si riflette da tempo. Il punto di novità è che si introduce un ulteriore attore, l’IA e chi la produce, il quale si trova in conflitto di interesse e oltretutto aumenta anche l’asimmetria informativa, in quanto possiede informazioni che potrebbero essere sconosciute al medico stesso: per questo è cruciale la questione della trasparenza. In ogni caso resta la domanda di quali dispositivi e requisiti richieda l’esercizio della responsabilità del medico in queste nuove situazioni.

La responsabilità sociale dei medici

Il tema dell’asimmetria informativa pone una ulteriore questione, che è quella che più mi sta a cuore sulla base della mia prospettiva, e che ci conduce a considerare quella che potremmo definire la responsabilità sociale del medico, cioè la sua responsabilità non nei confronti dei singoli pazienti, ma della società intera. O, in altri termini, la sua responsabilità come attore sociale: questo vale per i singoli medici, ma ancora di più per le strutture associative di cui essi fanno parte – *in primis* evidentemente l’Ordine, ma poi anche le società scientifiche, le organizzazioni di tipo sindacale, ecc. –, che dispongono di una possibilità di farsi ascoltare e quindi di incidere sul dibattito pubblico ben maggiore di quella dei singoli associati.

L’ingresso dell’IA comporterà una trasformazione del sistema sanitario, l’emergere di nuove normative, una riallocazione di risorse. Quanto più le questioni sono tecniche, tanto più elevata sarà l’asimmetria informativa, e quindi tanto minore sarà la possibilità dei cittadini di valutare la bontà delle proposte di riforma. I medici sono indubbiamente in possesso di maggiori informazioni e possono quindi meglio valutare le conseguenze di eventuali cambiamenti normativi od organizzativi. Quale responsabilità ha il medico, o la categoria dei medici, a questo riguardo? E come la si esercita nel caso in cui gli interessi della collettività e quelli della categoria possano non collimare? La domanda non si pone solo in relazione all’IA, ma a tutte le possibili riforme. L’IA ci offre una occasione in più di sollevare il problema, in termini nuovi, e rende più urgente affrontarlo.

L'intelligenza artificiale nel Codice deontologico: senso e funzioni di una futura normativa

Prima di concludere, vale la pena interrogarsi sul senso di introdurre norme a riguardo dell'IA nel Codice deontologico dell'Ordine dei medici, che è uno strumento che ha delle potenzialità, ma evidentemente anche dei limiti, di cui essere consapevoli in modo da sfruttare appieno le prime, senza cadere nel rischio di sovrastimarle nutrendo aspettative eccessive. Il Codice deontologico non potrà affrontare e risolvere tutti i problemi, ma avrà bisogno di costruire alleanze con altri apparati normativi, in particolare quello legislativo e giurisprudenziale, a livello nazionale e non solo. In particolare per quanto riguarda il livello normativo, la partita più rilevante a riguardo dell'IA si gioca infatti a livello europeo.

Il punto di partenza per la riflessione è ricordare che il fornitore di intelligenza artificiale non è iscritto all'Ordine e quindi non è soggetto alle prescrizioni del Codice deontologico, ma solo a quelle della legge. Il Codice deontologico può quindi influire sui suoi comportamenti solo in modo indiretto, incidendo sull'azione del medico che se ne serve e di cui l'IA non può fare a meno (almeno per il momento).

Tenendo conto di questo, un primo obiettivo dell'inserimento nel Codice deontologico di indicazioni relative all'IA è quello di essere strumento di consapevolezza delle implicazioni del suo uso, in particolare rispetto ai profili sopra ricordati: riveste dunque una funzione pedagogica. Un secondo obiettivo è l'indicazione di comportamenti problematici e di un perimetro della responsabilità del medico quando utilizza strumenti basati su IA, con conseguenti violazioni sanzionabili (funzione disciplinare vera e propria). Un terzo obiettivo è sostenere i medici che operano in situazioni in cui le decisioni ultime sul ricorso all'IA competono ad altri (strutture sanitarie), dunque entra in gioco un ulteriore soggetto con i suoi valori, principi, *bias* e interessi che possono essere variamente intrecciati con quelli degli altri soggetti (funzione di *empowerment*). Infine quanto il Codice prevedrà in materia di IA ha anche un valore segnaletico nei confronti della società e del legislatore, e dunque svolge una funzione politica.

Paolo Foglizzo

Redattore di Aggiornamenti Sociali

Fondazione Culturale San Fedele di Milano

INTELLIGENZA ARTIFICIALE: DEFINIZIONE, PRINCIPI E PROSPETTIVE IN SANITÀ

di Lorenzo Leogrando

La diffusione e l'implementazione di sistemi di intelligenza artificiale, ormai, è un fenomeno assodato e che coinvolge tutti nel quotidiano, sia in maniera diretta che indiretta. A titolo di esempio, tra le principali applicazioni di intelligenza artificiale di uso quotidiano troviamo i sistemi di assistenza vocale, di riconoscimento visivo, di supporto alla navigazione stradale e guida autonoma, chatbot, ecc.

Dunque, i settori attualmente 'investiti' da questo fenomeno in costante crescita sono molteplici, tra cui: domotica, mercato azionario, robotica e medicina. Proprio in quest'ultimo, l'AI ricopre sempre di più un ruolo cruciale soprattutto nell'ambito dei *medical device*, in quanto le apparecchiature elettromedicali di nuova generazione utilizzate in corsia, a casa del paziente o in sala operatoria, sono oggi dotate di software di intelligenza artificiale.

Ma cosa si intende per intelligenza artificiale?

Quando si parla di intelligenza artificiale si fa riferimento sostanzialmente ad algoritmi o di software che hanno la capacità dell'autoapprendimento, che permettono quindi di dotare le macchine di determinate caratteristiche che vengono considerate proprie dell'essere umano quali, ad esempio, le percezioni visive, spazio-temporali e decisionali. Secondo la World Health Organization, l'intelligenza artificiale (AI) si riferisce alla capacità di determinati algoritmi di apprendere dai dati in modo da poter eseguire attività automatizzate senza che ogni fase del processo debba essere programmata esplicitamente da un essere umano¹.

La definizione di intelligenza artificiale, dunque, è direttamente connessa a quella dei big data, in quanto essa si nutre di informazioni, senza le quali non sarebbe possibile implementare appunto i sistemi di AI. Nel contesto sanitario, si parla di 'big data' in riferimento a grandi set di dati raccolti periodicamente o automaticamente, che vengono archiviati elettronicamente, riutilizzabili allo scopo di migliorare le pre-

¹ *Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health*, WHO, 2021.

stazioni del sistema sanitario².

Per comprendere il contesto di riferimento e le motivazioni dello sviluppo dell'AI, c'è da considerare che essa nasce negli anni '50 con l'avvento dei computer, ma riesce ad affermarsi in maniera importante solo negli ultimi anni grazie ad una serie di fattori essenziali, quali:

- la capacità computazionale dei sistemi moderni e il costo dei componenti, che si è via via ridotto drasticamente (es. chip);
- la grande mole di dati disponibili, raccolti già in formato digitale;
- grande capitale investito dal mercato nella capacità di produrre e gestire queste informazioni.

L'affermarsi dell'Internet of Things (IoT, Internet delle cose) consente, inoltre, di raccogliere dati da tutto ciò che sia connesso ad internet: parliamo di case smart, macchine smart, città smart; questa enorme quantità di informazioni può essere quindi elaborata e messa a sistema grazie a una capacità di calcolo che solo oggi è disponibile e che consente, appunto, di ottenere delle informazioni davvero significative.

Ma come funziona praticamente un sistema di intelligenza artificiale?

I sistemi di calcolo elettronici che sono in uso ad oggi lavorano mediante algoritmi di elaborazione basati su inserimento di dati e di regole da cui poi vengono estrapolati esiti e risposte (approccio classico di elaborazione). Il principio di funzionamento degli algoritmi di AI, invece, sovverte questo approccio: dall'interpretazione di dati e risposte forniti in input al sistema, si riescono ad estrapolare le regole che li governano.

Per meglio comprendere questo meccanismo, si può considerare un algoritmo di intelligenza artificiale, schematizzato secondo una rete neurale, a cui vengono fornite in ingresso una serie di immagini rappresentative di un gatto da cui si cerca sostanzialmente di definire quali sono le regole che definiscono e caratterizzano un gatto in quanto tale, per esempio rispetto a un altro animale. In questo modo, fornendo un elevato numero di dati in input (in questo caso di immagini), l'algoritmo sarà addestrato fintantoché sarà autonomo nel riconoscimento dell'oggetto "gatto".

² *Study on Big Data in Public Health, Telemedicine and Healthcare*, European Commission, December 2016.

Dunque, l'algoritmo sarà in grado di riconoscere l'oggetto poiché sono state identificate le caratteristiche e le regole che portano alla definizione dello stesso. Pertanto, sono essenziali la disponibilità e la numerosità dei set di dati.

In ambito sanitario, le applicazioni di AI sono ormai presenti in tutti i contesti possibili:

- cura del paziente (terapie personalizzate, monitoraggio e controllo, prescrizioni, fenotipizzazione, prioritizzazione, ecc.)
- diagnostica (diagnosi precoce, prevenzione errori diagnostici, diagnostica per immagini automatizzata)
- ricerca (genomica, farmacogenomica, analisi dei bisogni di salute, di farmaci e device, impatto sulla salute)
- gestione (analisi esigenze, analisi di mercato, ottimizzazione costi).

Le principali fonti di dati sono le seguenti:

- immagini diagnostiche digitalizzate (es. CT, MRI, PET, ecografie, ecc.);
- tecniche di reportistica digitale, CCE e FSE;
- database della farmacia ospedaliera;
- database dell'ingegneria clinica;
- IoMT (Internet of Medical Things): es. smartwatch e bande da polso che rilevano dati come il battito cardiaco, la temperatura; più in generale gli strumenti indossabili, impiantabili e ingoiabili in grado di captare informazioni su parametri fisici, meccanici, chimici ed elettromagnetici.

È chiaro che le applicazioni in alcuni settori sono più mature, mentre in altri lo sono un po' meno, in particolare dove c'è l'interesse maggiore allorché queste applicazioni avranno anche evidentemente una funzione predittiva; ma è corretto affrontare questo aspetto anche secondo una prospettiva di lungimiranza, non limitandosi a cogliere quelli che sono i limiti attuali delle applicazioni in uso ad oggi, poiché è evidente che tra qualche anno verranno superati.

I sistemi di AI assumono un ruolo particolarmente rilevante nell'ambito del supporto alla diagnosi, grazie appunto alla capacità di elaborare dati e informazioni che non sempre sono visibili all'occhio umano, mentre sono rilevabili e interpretabili dal sistema; diventano quindi un ausilio importante per far emergere ed evidenziare le informazioni non percepibili con le metodiche standard.

In ambito clinico, ulteriore esempio sono tutte le applicazioni afferenti al settore della radiomica (ossia un metodo per estrarre un gran numero di caratteristiche da immagini medicali utilizzando algoritmi per la caratterizzazione dei dati), quindi all'utilizzo di dati grezzi, dall'interpretazione di cui si possono ottenere delle informazioni significative, combinabili anche con dati provenienti da altri ambiti e da altre applicazioni.

Anche nel contesto non clinico ormai le applicazioni di AI sono molteplici: basti pensare a sistemi di monitoraggio degli asset tecnologici di una struttura complessa con un parco macchine composto da migliaia di dispositivi (che ne consentono l'identificazione, lo stato, la geolocalizzazione, la rilevazione del tasso di utilizzo, l'attività svolta e la storia manutentiva di ognuno di essi), alle dashboard di business intelligence per il monitoraggio in tempo reale dell'attività chirurgica e di tutti i dispositivi annessi utilizzati per ogni singolo intervento, da ogni singolo chirurgo. Questi sistemi sono appunto degli strumenti chiave per il management sanitario per individuare le possibili aree di investimento, per l'analisi dei costi nonché per la strutturazione di piani strategici.

In aggiunta sono già maturi approcci che stanno approdando – seppur in maniera più lenta – anche in sanità: i Command Center, ossia centrali di comando costituite da tanti sistemi di visualizzazione real time, ciascuno dei quali rappresentativo di un processo (es. sale operatorie, reparti, pronto soccorso) con una capacità non solo di leggere in tempo reale quello che accade, ma attraverso algoritmi di intelligenza artificiale avere sostanzialmente una logica predittiva, suggerendo sempre in tempo reale, eventuali scelte appropriate e opportune per l'ottimizzazione dei processi e della gestione dei pazienti (es. consente un approccio proattivo per gestire in modo efficiente la disponibilità dei letti, la riduzione dei colli di bottiglia generati dall'afflusso dei pazienti in pronto soccorso, il funzionamento efficiente della sala operatoria).

La prospettiva sull'evoluzione dell'applicazione dei sistemi di intelligenza artificiale in sanità è dunque in costante divenire. Nel prossimo decennio cambierà radicalmente l'utilizzo e l'implementazione di tali sistemi, che sicuramente avranno un impatto importante sia sul piano gestionale che operativo per tutti gli attori della sfera sanitaria, nonché per i pazienti: favorendo cure e prestazioni personalizzate.

Lorenzo Leogrande

Ingegnere, Responsabile Unità di Valutazione delle Tecnologie del Policlinico

A. Gemelli di Roma

NUOVE TECNOLOGIE ED INTELLIGENZA ARTIFICIALE, L'IMPATTO SUL PERCORSO CLINICO-DIAGNOSTICO E SUL RAPPORTO CON IL PAZIENTE

di Riccardo Ferrari

L'evoluzione tecnologica negli ultimi anni ha avuto un repentino sviluppo e molte risorse sono state e saranno investite in questo campo. Negli ultimi venti anni l'essere umano si è trovato sempre più coinvolto in un mondo digitale virtuale, a volte contrapposto, a volte strettamente imbricato con il mondo reale.

La medicina è chiamata ogni giorno a nuove sfide, è chiamata ad utilizzare tutte le nuove tecnologie affinché la salute umana possa sempre più essere conservata e curata ed è spesso il campo dove le nuove tecnologie vengono applicate per prime. Nessuna delle branche della Medicina è esente da questi cambiamenti repentini ed il nuovo approccio alla cura attraverso strumenti tecnologici sempre più avanzati richiede al medico nuove abilità di mediazione tra le macchine e l'uomo, tra la tecnologia e la cura dell'uomo. Questa nuova sfida si è presentata in alcune Specializzazioni prima che in altre; in particolare gli specialisti in Radiodiagnostica, che vivono in un mondo del tutto digitalizzato e tecnologizzato, si interrogano da anni sui rapporti tra tecnologia e uomo ed in particolare tra tecnologia-medico-paziente, un triangolo ormai indissolubile che oggi si sostituisce in tutte le specializzazioni al rapporto classico medico-paziente.

L'articolo 78 dell'ultima revisione del nostro codice deontologico delinea chiaramente i limiti dell'uso della tecnologia nel percorso di cura ed i doveri del medico quando la utilizza per la cura del paziente.

Da circa cinque anni tuttavia si è assistito ad un salto tecnologico ulteriore con lo sviluppo di software di intelligenza artificiale che stanno rapidamente evolvendo ed il cui sviluppo sembra inarrestabile anche nel campo medico.

Quando si parla di software di intelligenza artificiale in realtà si parla di software che cercano di emulare il ragionamento umano, in particolare di software *machine learning* che necessitano di molti dati per essere addestrati, e software più evoluti di reti neurali che cercano di insegnare alla macchina il ragionamento con cui arrivare alla conclusione. Tale rivoluzione sembra quindi inesorabile soprattutto in un mon-

do in cui la digitalizzazione sta creando enormi moli di dati digitali, l'elaborazione dei quali appare possibile solo con software che "autonomamente" li analizzano e ne gestiscano il flusso. Il PNNR prevede numerosi progetti per innalzare il livello di digitalizzazione dei dati del nostro paese; tale condizione porterà sempre più alla necessità di sviluppo di software di intelligenza artificiale che possano coadiuvare alla gestione dei flussi di dati.

Tutto questo è già realtà in molti campi (economico-finanziario, ma anche nel campo dell'informazione, dei motori di ricerca, nonché sulle piattaforme social e nella pubblicità), tuttavia in medicina si stanno incontrando difficoltà maggiori di quelle che si credeva in un primo momento.

Tutti noi sappiamo che la variabilità biologica in medicina impedisce l'esatta riproducibilità delle sperimentazioni che si basano sempre su statistiche con distribuzione gaussiana.

Nel campo della radiodiagnostica, ma non solo, alla variabilità biologica si somma la variabilità tecnica con cui le immagini si producono poiché le radiazioni, i campi magnetici e le onde di ultrasuoni interagiscono in maniera diversa con i corpi di diversa costituzione fisica, dimensioni, sesso. Tale variabilità tecnica e biologica rende molto complicato creare dei database omogenei che permettano di insegnare ai software di intelligenza artificiale come estrapolare la diagnosi finale da una serie di variabili spesso non catalogabili, con problemi ad alta complessità difficilmente risolvibili e le cui soluzioni spesso non sono binarie. A queste difficoltà si associano domande più complesse, temi etici e la necessaria empatia che è alla base del rapporto medico-paziente e che rendono la nostra professione unica; quante volte un paziente omette una informazione anamnestica importante che può cambiare la flowchart della diagnosi fino a quando non si sia stabilito un rapporto di empatia e fiducia che permette al paziente stesso di aprirsi e di fidarsi?

È chiaro che il medico debba fare diagnosi sempre più confrontandosi con ragionamenti prestabiliti da linee guida e flowchart decisionali. Tale passaggio viene eseguito più rapidamente dai software di intelligenza artificiale, ma questo passaggio è solo una parte del percorso di cura che è fatto anche di empatia, comunicazione e comprensione del linguaggio da utilizzare per comunicare ai diversi individui; in particolare esiste un linguaggio non verbale che è fondamento della comunicazione tra gli esseri umani. È proprio l'individualità che deve essere preservata a fronte di una certa omogenizzazione che queste macchine hanno evidenziato.

Alla frase detta dal Ezekiel Emanuel, uno degli inventori del Affordable Care Act,

oncologo ed esperto di bioetica alla Università della Pennsylvania al meeting dell'ACR del 2016, che il *machine learning* potrà “sostituire molto del lavoro dei radiologi” si può decisamente aggiungere la più corretta affermazione di Curtis P. Langlotz, (Professor of radiology and biomedical informatics, director of the Center for Artificial Intelligence in Medicine and Imaging, and associate chair for information systems in the Department of Radiology at Stanford University) “L’intelligenza artificiale non sostituirà i Medici Radiologi, ma quei Radiologi che usano l’intelligenza artificiale sostituiranno quelli che non la usano”. Il tema in realtà è stato già affrontato molto più serenamente con i software di autopilot degli aerei, nessuno si è mai sognato di eliminare il pilota di un aereo che, con l’avvento della tecnologia, ha tuttavia dovuto elevare la propria capacità di monitoraggio del volo seppur assistito e le sue competenze tecnologiche.

La grande verità che tutti sanno è che i medici lavorano sui dati della famosa distribuzione gaussiana ma il medico bravo in generale si distingue quando riesce a fare una diagnosi nella coda della curva; molte volte un caso è diverso dall’altro, una diagnosi diversa dall’altra.

La tendenza ad imparare sulla base dei dati acquisiti rende questi software più propensi al conformismo e a dare risultati che non si discostano dalla media come abbiamo già accennato con una certa spersonalizzazione dell’approccio ai problemi.

I primi software di intelligenza artificiale con cui ci siamo relazionati sono quelli dei motori di ricerca che registrano dati dalle nostre ricerche cercando di personalizzare quelle successive e la pubblicità che ci appare durante tali ricerche (il successo di google ne è un esempio); se però facciamo un esperimento molto semplice e chiediamo a google di ricercare su internet delle immagini di donna, i risultati ottenuti per la quasi totalità sono figure femminili avvenenti, giovani e decisamente di razza caucasica.

Tutto questo tradotto in medicina dimostra quanto ci sia da lavorare in questo campo. Più interessante sarà quindi concentrarci più che sulla sostituzione del medico su quello che a breve sarà la medicina aumentata (termine mutuato dalla Realtà aumentata) cioè il medico che avrà a disposizione il reale con l’anamnesi e l’esame obiettivo ed il virtuale con tutti gli strumenti di supporto alla diagnosi nel mondo informatico.

Ancora una volta ritorna l’idea di un rapporto a tre in contrapposizione del precedente rapporto duale medico-paziente. Questa nuova condizione andrà attentamente valutata negli effetti diretti ed indiretti che potrebbe avere nella cura del paziente

e nelle decisioni prese dal medico. I supporti informatici, ancora più se definiti intelligenti, potranno influenzare le scelte terapeutiche; chi stabilirà i confini etici di tali strumenti e dove l'autonomia del medico e, direi tema ancor più delicato, la sua responsabilità, finisce ed inizia quella della macchina?

A questi temi la letteratura scientifica medica e la politica, soprattutto delle grandi istituzioni, sta cercando di dare risposte. Riscrivendo il codice deontologico o integrandolo anche l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri ha una grande responsabilità nel cercare di rispondere a tali quesiti.

La comunità medica appare tuttavia consapevole e pronta a questi cambiamenti epocali. Vorrei citare una recente *survey* effettuata dalla Società italiana di Radiologia Medica ed Interventistica (SIRM) sui medici specialisti in radiodiagnostica, come già sottolineato, tra i primi a dover interagire con questi nuovi software; i risultati di questa *survey* dimostrano un'ampia accettazione delle nuove tecnologie da parte della comunità radiologica ed uno sguardo curioso ed attento ai cambiamenti in atto.

La Società Europea di Radiologia (ESR) tuttavia ha condotto un'altra *survey* tra gli utilizzatori di questi software con risultati che dimostrano come queste tecnologie siano ancora primitive e non cambino del tutto il *workflow* dei medici radiologici che le usano; solo una minoritaria quota di radiologi europei intervistati dichiara che comprenderebbe ad oggi un software di intelligenza artificiale. Ovviamente questi sondaggi fatti in una fase piuttosto primordiale dell'introduzione di tali tecnologie possono cambiare in breve tempo ma fotografano l'attuale situazione ancora lontana dall'introduzione massiva di queste tecnologie nella nostra professione.

Esistono in commercio numerosi software di supporto alla diagnosi che vanno dall'ausilio per individuazione delle fratture in radiologia tradizionale ai software più complessi di supporto alla diagnosi a distanza con pazienti collegati in telemedicina; si iniziano ad utilizzare i software che propongono di interpretare le espressioni facciali del paziente per poter interagire meglio durante le tele-visite.

Tuttavia, al momento esiste uno scollamento tra l'industria che punta allo sviluppo di software di diagnosi e decisione e la comunità scientifica che sta indagando in maniera importante sulle possibilità di estrapolazione di informazioni non visibili all'occhio umano con enormi moli di dati che questi software analizzano confrontandoli con database noti.

Nell'ambito radiologico per esempio la radiomica sta valutando la possibilità di estrarre dalle immagini radiologiche delle informazioni non visualizzabili ad occhio

nudo tramite un procedimento detto “texture analysis” ed analizzarle da software di intelligenza artificiale per estrapolare conclusioni prognostiche sulle terapie oncologiche in atto prima di quanto la visione radiologica morfologica possa valutare.

Molto interessanti in ambito medico sono le applicazioni non interpretative delle immagini. Lì dove è presente un’enorme quantità di dati i software di intelligenza artificiale lavorano al loro meglio e possono suggerire strategie innovative e veloci per l’analisi degli stessi, che permettono la gestione delle risorse umane e materiali delle aziende ospedaliere in maniera più efficiente ed efficace, suggerendo ed individuando percorsi e soluzioni che senza le analisi in tempo reale non potrebbero essere prese in maniera corretta. Pensiamo a quanto successo nella stagione del Covid dove la capacità di reazione e le soluzioni sono sempre state prese prima che fosse possibile una reale analisi dei dati. Tali software detti di “business intelligence” danno un incredibile vantaggio nella gestione dei flussi dei pazienti e delle liste di attesa nonché nella programmazione delle attività degli ospedali e sono già realtà in molte situazioni. Per portare un esempio concreto basti pensare come sarebbe diverso se l’agenda degli appuntamenti fosse organizzata anche diversificando l’età e le condizioni del paziente potendo equilibrare pazienti difficili magari allettati, in cui il tempo di visita è variabile, con pazienti deambulanti in cui il tempo di visita è più definito.

Quello che si evince dalle ultime valutazioni è che sarà importante capire, organizzare ed insegnare ai medici come interagire con una realtà aumentata in cui le automazioni faranno tanto del nostro lavoro burocratico e di preparazione della valutazione medica. Affinché questo si avveri dobbiamo tuttavia tenere ben presente la definizione di intelligenza che spesso per questi software è utilizzata in maniera fuorviante. È probabile che questo sia dovuto al duplice significato della parola Intelligenza. La differenza tra capire ed agire entrambi compresi nella parola “intelligenza” soprattutto quando si parla di intelligenza umana. Cicerone stesso disse che “*Homo ad Dias res, ad intellegendum et ad agendum, natus est*” (l’uomo è nato per due cose, per capire ed agire). Definire intelligenti software solo perché imitano l’agire dell’uomo eseguendo in maniera più veloce ed efficiente le sue azioni è una definizione fuorviante; l’intelligenza dei software si avrà solo quando essi comprenderanno a pieno la realtà interpretandola in maniera autonoma ed efficiente attraverso i numerosi input che le arrivano dall’esterno, ma soprattutto quando i software saranno in grado di capire le conseguenze delle loro azioni. In realtà, al momento, almeno nell’ambito medico, per far sì che questi software lavorino in un certo modo bisognerebbe creare un ambiente del tutto digitale per

fargli arrivare gli input corretti, cosa impossibile quando si tratta di valutare lo stato di salute dell'essere umano che non può essere definito solo come una serie di parametri. L'esempio della lavastoviglie, ripreso da un libro del Professor Luciano Floridi (professore ordinario di filosofia ed etica dell'informazione presso l'Oxford Internet Institute dell'Università di Oxford, dove è direttore del Digital Ethics Lab, nonché professore di Sociologia della comunicazione presso l'Università di Bologna) "Etica ed intelligenza artificiale", rimane quello più calzante: la lavastoviglie lava i piatti meglio dell'uomo? Certamente ma solo perché gli abbiamo costruito attorno un involucro, un ambiente in cui la macchina controlla i parametri di quello che succede ed agisce di conseguenza (quantità d'acqua e temperatura nello specifico), nessuno si sognerebbe di costruire un robot con sembianze umane che al lavello utilizzi spugnetta e sapone lavando i piatti uno ad uno, sarebbe del tutto inutile ed inefficiente. La domanda tuttavia è: anche se il paziente fosse inserito in un ambiente del tutto digitalizzato, sarebbero questi software in grado di sostituire i medici?

La risposta arriva ancora una volta da ambiti diversi ove l'evoluzione tecnologica si è arrestata di fronte a problemi etici per i quali le scelte della macchina potrebbero avere una conseguenza sulle vite umane. Un esempio evidente è la guida autonoma che qualche anno fa sembrava realtà imminente, il cui sviluppo si è arrestato di fronte ai temi etici, davanti ai quali anche le grandi compagnie tecnologiche hanno dovuto fare una riflessione. I problemi sono sorti quando si è dovuto dare istruzioni ai software su cosa fare in caso di pericolo imminente; la tecnologia si è resa conto che nel mondo le sensibilità etiche erano del tutto diverse e le scelte, quando si tratta di vite umane, non possono essere univoche e catalogabili, se non basate su stilemi culturali ed etici preesistenti e consolidati in un tempo molto lungo come quello della vita umana. Il dilemma del carrello teorizzato dalla professoressa Philippa Ruth Foot (docente di Filosofia morale inglese alla Oxford university) e le sue varie interpretazioni hanno portato il contemporaneo filosofo e neuroscienziato professor Joshua Green (Professor of Psychology and a member of the Center for Brain Science faculty at Harvard University) a postulare l'esistenza di una decisione morale impersonale e personale, quindi non univoca a seconda delle situazioni e delle sensibilità. Un sito www.moralmachine.net del MIT di Boston sta cercando di registrare le risposte di un gran numero di uomini sulle scelte che farebbero alla guida in una macchina in situazioni di pericolo in cui la scelta preveda in ogni caso un evento catastrofico come la morte del conducente o dei pedoni.

Esiste una risposta a tutto questo o almeno delle indicazioni che la storia tra uomo e macchina può darci? In realtà noi abbiamo numerosi esempi di interazione uomo-macchina nel mondo dell'aviazione, con sistemi di ausilio che in alcuni casi hanno salvato dai disastri ma che in altri sono stati causa di disastri (si pensi alla recente vicenda dei Boeing 737 caduti per un errore di software nel 2018).

Per questi motivi, quando si parla di software di intelligenza artificiale i medici devono pretendere che essi corrispondano non solo ai principi base della bioetica (beneficienza, non maleficenza, autonomia e giustizia) ma che a questi se ne aggiunga un quinto, l'esplicabilità¹.

L'esplicabilità e la trasparenza in medicina sono fondamentali dal momento che la responsabilità dell'atto medico ricade direttamente sul medico. Qualunque strumento che il medico usi e che possa influenzare la sua diagnosi è necessario che sia chiaro come funzioni, come sia arrivato alle conclusioni e cosa abbia usato per addestrarsi o comparare i dati; non sempre, con i sistemi di intelligenza artificiale odierni ciò è possibile. Esiste un lavoro molto interessante pubblicato su Nature nel 2021² che ha dimostrato come un sistema esperto lasciato ad elaborare dei dati in autonomia per effettuare diagnosi di COVID sulle radiografie, abbia correlato la diagnosi non alla valutazione del parenchima polmonare ma all'ospedale da cui proveniva, avendo valutato che tale variabile fosse quella che influenzava di più il risultato. È chiaro che questo è un grossolano errore di valutazione, che avrebbe potuto essere individuato dalla supervisione umana se fosse stato chiaro che il software stava analizzando i dati della radiografia al di fuori del parenchima polmonare.

Fortunatamente tutti i rischi e benefici di queste tecnologie e le loro limitazioni per usi ad "alto rischio" come quello in sanità sono in valutazione dalle istituzioni, in particolare recentemente l'Unione Europea ha emanato un "Artificial intelligence act" che serva anche come audit autoregolatorio per aziende che producono software di intelligenza artificiale e per i governi che usano questi strumenti in settori chiave.

Riporto una parte interessante che dice: "...La presente proposta impone alcune restrizioni alla libertà d'impresa (articolo 16) e alla libertà delle arti e delle scienze (articolo 13) al fine di assicurare il rispetto di motivi imperativi d'interesse pubblico quali la salute, la sicurezza, la tutela dei consumatori e la protezione di altri diritti

¹ Cfr. L. Floridi, *Etica dell'intelligenza artificiale. Sviluppi, opportunità, sfide*, Raffaello Cortina Editore, 2022.

² A. J. DeGrave, J. D. Janizek, S. I. Lee, *AI for radiographic COVID-19 detection selects shortcuts over signal*, in *Nat Mach Intell*, 3, 2021, 610-619. <https://doi.org/10.1038/s42256-021-00338-7>.

fondamentali (“innovazione responsabile”) nel momento in cui si diffonde e si utilizza una tecnologia di IA. Tali restrizioni sono proporzionate e limitate al minimo necessario per prevenire e attenuare rischi gravi per la sicurezza e probabili violazioni dei diritti fondamentali...”.

E ancora: “...Il titolo IV si concentra su determinati sistemi di IA al fine di tenere conto dei rischi specifici di manipolazione che essi comportano. Gli obblighi di trasparenza si applicheranno ai sistemi che: i) interagiscono con gli esseri umani; ii) sono utilizzati per rilevare emozioni o stabilire un’associazione con categorie (sociali) sulla base di dati biometrici; oppure iii) generano o manipolano contenuti (“deep fake”). Quando interagiscono con un sistema di IA o le loro emozioni o caratteristiche vengono riconosciute attraverso mezzi automatizzati, le persone devono esserne informate. Se un sistema di IA viene utilizzato per generare o manipolare immagini o contenuti audio o video che assomigliano notevolmente a contenuti autentici, dovrebbe essere previsto l’obbligo di rivelare che tali contenuti sono generati ricorrendo a mezzi automatizzati, fatte salve le eccezioni per finalità legittime (attività di contrasto, libertà di espressione). Ciò consente alle persone di compiere scelte informate o di compiere un passo indietro rispetto a una determinata situazione...”.

Una presa di posizione forte e precisa per l’utilizzo di tali tecnologie anche in campo medico.

La realtà dei fatti è che al momento molti di questi software non sono considerati del tutto indipendenti perché l’idea che siano autonomi ed intelligenti potrebbe essere fuorviante, essi comunque rispondono a logiche dei creatori e dei produttori.

I temi che l’utilizzo di queste tecnologie in ambito medico pongono sono cruciali per il futuro della nostra professione e per l’impatto che esse avranno sui pazienti se non ben regolate e se il medico non sarà in grado di conoscerle e regolarle. Ed è per questo che il lavoro che si sta facendo in FNOMCeO con la revisione del codice deontologico appare di grande importanza e di impatto sul futuro della nostra professione.

Pur avendo descritto come queste tecnologie potrebbero migliorare e facilitare alcuni aspetti della nostra professione, dobbiamo tenere a mente come al centro della nostra professione resti l’etica e l’empatia verso il paziente ottenute dal fondamentale contatto umano che nessuna macchina potrà sostituire; tali principi sono fondanti per la nostra professione e continuano ad essere al centro dell’atto medico. Concludo riprendendo una frase dell’astrofisico Steven Hawking: “ci stiamo preoccupando

tanto di quando le macchine diventeranno umane, forse sarebbe meglio preoccuparsi di quei medici che si stanno trasformando in macchine”.

Riccardo Ferrari

*Medico Chirurgo, specialista in Radiodiagnostica, Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini
Membro della commissione intelligenza artificiale della SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica)*

Membro della sezione di studio di Radiologia di Urgenza della SIRM

Presidente eletto della Sezione di studio di informatica e intelligenza artificiale per il biennio 2025-2026.

PER UNA METODOLOGIA CLINICA IBRIDA

di Vittoradolfo Tambone

Nella riflessione che stiamo facendo riguardo la modifica del codice di deontologia medica è importante prendere in considerazione la chiave di lettura più vicina alla medicina legale, in modo particolare per quanto concerne la responsabilità professionale, il dovere di offrire il gold standard assistenziale, il ruolo di garanzia del medico e il decoro della professione. Questa riflessione si sta sviluppando a diversi livelli anche grazie alla sensibilità del Presidente Introna e del Presidente Anelli, insieme al lavoro che si sta facendo con i colleghi Fineschi, Frati, Travaini e De Micco.

L'avvento delle nuove tecnologie abilitanti che caratterizzano l'ultima rivoluzione industriale¹ sono fino ad un certo punto una novità. Certamente l'AI, l'IoT, la realtà aumentata e la possibile gestione dei Big Data sono passi in avanti tecnologici mirabili e da molti punti di vista sorprendenti. La sua quantificazione ad esempio attraverso il "Solow residual"², anche se attraverso l'utilizzo di una semplice regressione lineare, potrebbe darci l'evidenza che il progresso che stiamo vivendo in tanti ambiti non dipende né da un aumento di capitale né da un aumento di forza lavoro ma da un miglioramento tecnologico importante. Anche se il distopico orizzonte della "Singolarità Tecnologica"³, e quindi di una tecnologia autopoietica, rimane poco più di letteratura, l'efficacia e l'efficienza legata alla tecnologia è evidente a tutti i livelli: medicina, economia, comunicazione, difesa, ecc... Davanti a questa onda l'atteggiamento può essere l'urgente desiderio di fermarla⁴ (e in questo modo l'onda travolgerebbe e trascinerrebbe con forza), tuffarsi dentro per resistere "in apnea" il

¹ M. C. Carrozza, *The Robot and Us: An Antidisciplinary Perspective on the Scientific and Social Impacts of Robotics*, Springer, 2018.

² Il Solow residual riflette l'efficienza dell'economia nel combinare i fattori di produzione, nonché l'impatto di fattori tecnologici e istituzionali che non sono inclusi nelle misurazioni di capitale e lavoro. Esso rappresenta il progresso tecnologico, l'innovazione, i miglioramenti nell'organizzazione produttiva e altri fattori che contribuiscono alla crescita economica, ma che non possono essere direttamente attribuiti al capitale e al lavoro. R. J. Barro, X. I. Sala-I-Martin, *Economic Growth*, 2023.

³ R. Kurzweill, *La Singolarità è vicina*, Apogeo, 2008.

⁴ Questo approccio degenerativo si sta manifestando a diversi livelli enfatizzando la necessità di costruire dei "guard-rail" per l'AI. A livello internazionale si è proposto più volte una moratoria per rallentare lo sviluppo delle nuove tecnologie. In linea con il pensiero di Lakatos, mi sembra che i progetti che tendono a porre dei freni e a definire proibizioni sono perdenti di fronte a progetti proattivi che, invece, plasmano in modo positivo la realtà.

suo passaggio (così si spera che non sia un'onda eccessiva per non morire affogati) oppure, ed è l'atteggiamento che sinceramente sembra il migliore, inventiamo il "Surf"⁵! Così l'onda diventerebbe, grazie alla nostra capacità di governo e ad una semplice tavola, un modo quasi per volare e sperimentare qualcosa di prima impensabile.

Da quando conosciamo l'essere umano come Sapiens – Sapiens la tecnologia è un caratteristico prodotto della sua natura⁶ che non sopprime la sua umanità ma che la manifesta e la attualizza in modo importante. Per questa ragione in prima battuta, e ancor prima di entrare in riflessioni specifiche, riteniamo che l'atteggiamento giusto che il nuovo codice di deontologia medica debba far trasparire è "ben venga ancora più e migliore tecnologia a servizio della best practice medica e ben venga, in contemporanea, una sempre maggiore consapevolezza umanistica dello 'Status' del medico che collabora a progettare le nuove tecnologie: più e migliore tecnologia & più e migliore consapevolezza personalista del medico".

All'interno di questa cornice possiamo suggerire due ambiti di applicazione per poi passare alla conclusione.

Primo ambito di applicazione: "Politica e Medicina"

Questo tema richiederà forse un capitolo nuovo del codice per passare dall'implicito non detto all'esplicito trasparente. Tale sforzo è richiesto anche dalla necessità di migliorare la fiducia riguardo la scienza medica e la politica dell'opinione pubblica. Abbiamo visto come la dinamica CTS-Decisori politici abbia nella Compliance sociale un elemento decisivo di Public Health che non può essere trascurato. I punti che suggerisco di normare⁷ sono i seguenti: 1) la rilettura della responsabilità professionale con una sua normalizzazione sulla base delle risorse tecnologiche messe a disposizione; 2) la necessità di prendere decisioni ed emanare norme basate solo su evidenze scientifiche e non per ragioni economiche o ideologiche; 3) regolare in modo trasparente tutto l'ambito della Medical Intelligence alla luce dell'utilizzo del-

⁵ Oltre che a provare fare Surf cfr. J. London, *Il Richiamo del Surf*, Il Nuovo Melangolo, 2022.

⁶ Senza entrare nella vastissima produzione antropologica disponibile su questo tema, ci basti citare A. Gehlen e la sua opera *L'uomo nell'era della tecnica*, 1957.

⁷ Mi sembra importante anche se adesso solo da segnalare in nota, che la FNOMCeO abbia la consapevolezza, riscrivendo il suo codice deontologico, della necessità di andare oltre le posizioni di anti-normatività nate in *Michel Foucault e le metodologie decostruzioniste* di J. Derrida.

le nuove tecnologie.

Siamo abituati a far fronte alla richiesta di fornire la migliore assistenza possibile al paziente, di attenerci al gold standard assistenziale⁸. Ogni qualvolta questo non accade compare la possibile accusa di colpa professionale⁹. Abitualmente l'analisi dell'agito professionale viene fatto con calma ben lontani dalla situazione concreta di un pronto soccorso, di una sala operatoria o di un reparto a volte molto complesso. Qui non voglio dire che bisogna giudicare con comprensione i medici che si trovano ad operare a volte con difficoltà difficilmente registrabili a livello deontologico, amministrativo o penale. Qui quello che desidero mettere a fuoco è che la tecnologia applicata alla medicina alza il livello della best practice in modo significativo e che allora dovremo valutare la responsabilità medica anche della struttura nella quale il medico agisce dal punto di vista delle risorse che mette a sua disposizione. Un esempio banale, avere 4 cucitrici in sala operatoria quando invece sono necessarie 6: il chirurgo magari ha segnalato più volte questa necessità, la struttura non fornisce in modo adeguato la sala e il medico si trova comunque a dover operare. Un altro esempio fra i mille possibili: devo fare una TAC per valutare la situazione polmonare di un malato di Covid-19, ma non ho il software che utilizza l'AI per ottimizzare i tempi del refertare e la diagnosi arriva troppo lentamente per prendere le corrette decisioni terapeutiche. Sarà giusto continuare a parlare di responsabilità professionale del medico ma, proprio a causa dell'aumento della tecnologia in ambito clinico, è necessario valutare con maggiore chiarezza la responsabilità professionale della azienda che aiuti a normalizzare anche quella soggettiva del medico. Come è ben facile osservare questo punto introduce ciò che possiamo chiamare “governo del rischio sistemico”.

Dobbiamo alla onestà intellettuale di Ivan Cavicchi, la distinzione fra norme e leggi emanate in ambito sanitario su base scientifica e quelle emanate su base economica o ideologica. Questo è un punto importante che mi sembra essere ormai maturo per essere inserito nel codice deontologico medico. Affermare che l'agire medico, e la sua formalizzazione deontologica, deve essere fondato solo e sempre su evidenze scientifiche rifiutando influenze economicistiche o ideologiche è, del resto, un chiarimento, una esplicitazione ulteriore di quanto già contenuto nel Codice deontologico ed affermato negli articoli 3, 5, 6, 13, 15 e 16. In questa cornice, inoltre, il Titolo VII

⁸ Per gold standard assistenziale intendo il miglior metodo diagnostico o di trattamento disponibile per una particolare condizione o malattia in un dato momento. Rappresenta l'approccio più affidabile e accurato, ampiamente accettato e riconosciuto all'interno della comunità medica.

⁹ Ex art. 43 c.p.

del medesimo Codice acquista una importanza maggiore e più chiara. Per questo il dare la morte non è un atto scientifico vista l'impossibilità di lavorare su evidenze per la ragione che non possiamo avere prove di efficacia riguardanti i suoi effetti, l'impossibilità di fare trial clinici, realizzare un qualunque follow-up e, quindi, di offrire una informazione adeguata al consenso.

Avere a disposizione Big Data sanitari vuol dire avere informazioni sensibili che possono essere utilizzati in molti modi, fra i quali l'utilizzo come fonte di intelligence. L'enfasi che si sta dedicando al combinato degli articoli 10, 11 e 12 del Codice Deontologico richiede un passo in avanti di trasparenza nel rinnovato Codice con l'inserimento del tema "Medical Intelligence" con la formulazione di un articolo dedicato. Possiamo ancora fare finta di nulla ma allora dovremmo almeno limitare i richiami alla privacy che giustamente sono diventati percorsi obbligati e super-protetti. Questo è un tassello importante a mio avviso per il decoro della professione.

Secondo ambito di applicazione: "Filosofia e Medicina"

Se per il singolo la perdita del pensiero riflessivo-critico per un appiattimento estimativo vuol dire esporsi all'addomesticamento della ingegneria sociale, la perdita di libertà come conseguenza della perdita della auto-consapevolezza, la stessa cosa avviene per la scienza medica, per la professione medica. La riflessione filosofica alla quale mi voglio riferire qui non è lo sforzo epistemologico di tanta filosofia della scienza che riduce tutto a metodologia sempre più proceduralista, non è l'applicazione di visioni filosofiche alla medicina ma è la riflessione critica che la stessa medicina realizza con la sua competenza umanistica, e in collaborazione con i filosofi, sui punti che riterrà necessari di comprensione ontologica e applicativa. In altre parole stiamo dicendo che è necessario passare da una Filosofia della Medicina, che auspichiamo continui a progredire e collaborare, ad una "Medicina Critica" capace di realizzare con le altre competenze mediche la conoscenza multidimensionale¹⁰ e sistemica¹¹ della realtà nella quale e per la quale deve operare.

¹⁰ Cfr. <https://www.discorsocomune.info/2014/12/frankl.html>

¹¹ Cfr. M. Ciccozzi, V. Tambone, *Pandemia da Sars-Cov-2 e comunicazione*, in *Biopolitica, Pandemia e Democrazia*, a cura di A. Pjno, L. Violante, Vol. II, 107-117, Il Mulino, 2021, 107-117.

All'interno di questo obiettivo generale possiamo individuare qualche punto più specifico.

Il primo riguarda la necessità più volte dichiarata di sviluppare relazioni efficaci e solide a diversi livelli. Parliamo della relazione medico/paziente, medico/colleghi, medico/altre professioni sanitarie, medico/azienda, sistema assistenziale/famiglia, medicina/società, medicina/decisori politici. Questa pedante lista potrebbe continuare in una ramificazione difficilmente definibile perché rientra in quella relazionalità sistemica e intersistemica che non potrà considerarsi mai completa. D'altra parte, dalla qualità di queste relazioni dipenderà la qualità (efficacia/efficienza) dell'agire sanitario. Se questo è vero allora acquista importanza la auto-consapevolezza critica della dimensione personale delle relazioni che porterà la medicina a voler sviluppare una visione personalista oltre che pragmatista o proceduralista.

Il secondo viene dal prendere sul serio il quesito di come la tecnologia può cambiare il ruolo del medico. Per cercare di dare una risposta, sentiamo la necessità di capire che cosa sia la tecnologia, quella tecnologia che del resto ci accompagna da sempre in quanto esseri razionali capaci, ci spiega Darwin, non solo di adattarci all'ambiente (come le altre specie) ma di adattare l'ambiente a noi, alle nostre necessità. Questa dinamica non è cosa di poco conto perché ci dice molto sul fatto che siamo l'unica specie capace di generare un problema ecologico e, allo stesso tempo, di lavorare per salvaguardare l'ambiente con consapevolezza scientifica che si fa garanzia rispetto a economicismi o ideologie che potrebbero essere distruttivi. La tecnologia, quindi, potrebbe essere intesa (è solo un esempio) sulla scia del pensiero aristotelico come una "Alterazione Rafforzativa"¹² cioè come un processo di apprendimento che porta un essere vivente razionale a realizzare maggiormente le sue potenzialità. Ciò comporterebbe che l'aumento dell'uso della tecnologia in medicina non verrebbe a cambiare lo Status del medico ma solo il suo Ruolo attraverso un "potenziamento strumentale". Solo così si può arrivare a dire che il nuovo codice deontologico dovrà adeguarsi al progresso tecnologico da una parte con modifiche riguardanti l'utilizzo di questo potenziamento strumentale e, dall'altra, con il potenziamento della consapevolezza umanistica dello status del medico. La Medicina Critica non teme di essere cambiata o disumanizzata dalla tecnologia (in una visione di dialettica hegeliana o su una base de-strutturalista) ma rafforza la sua competenza umanistica per governare sempre meglio quella tecnica che è desiderabile e ben utilizzabile.

¹² Aristotele, *De Anima*, Libro terzo.

La Medicina Critica saprà anche rendersi conto di essere, all'interno della logica della complessità, una "realtà emergente" nel vero senso della parola. l'Atto Sanitario è di per sé un "Atto Integrato"¹³ e l'Atto Medico dovrà essere identificato in una modalità sistemico-dinamica al suo interno. Ritengo che i fallimenti sino ad ora sofferti dei tentativi di definire questo Atto Medico dipendano dalla mancanza di visione sistemico-dinamica. La riflessione sul proprio agire, d'altra parte, è vitale per l'autoconsapevolezza che la Medicina Critica pretende per sussistere. Per questo il Codice potrà nella sua nuova versione inserire il concetto di Atto Medico come componente sistemico all'interno dell'Atto Sanitario.

Conclusioni: Metodologia Clinica Ibrida

Quanto sopra non ha molte ricadute sulla metodologia clinica ma, in senso logico contrario, è fonte di una metodologia clinica sempre più capace di una conoscenza multidimensionale messa in sistema. Si va oltre al tradizionale bipolarismo riduzionismo/anti-riduzionismo con una visione più realistica, abbiamo una conoscenza vera ma parziale di una realtà che è complessa. Questa conoscenza però è una impresa collettiva perché il principio di coerenza ci suggerisce la possibilità di mettere insieme, in sistema, le diverse conoscenze che dello stesso oggetto hanno le diverse scienze pratiche e teoretiche che l'umanità sviluppa. Si tratta di una riduzione consapevole e cooperante¹⁴ che, con l'inserimento della Intelligenza Artificiale, sposta il concetto di "Intelligenza Collettiva"¹⁵, intesa come frutto di interconnessione brain-to-brain, ad una "Intelligenza Collettiva Ibrida" forma finale di interconnessione brain-to-brain-to-AI¹⁶. Da un altro punto di vista, potrebbe concretarsi in una dinamica GAN (generative adversarial network)¹⁷ modificata: anziché due AI in competizione secondo la logica a somma zero, due AI e una intelligenza umana in collaborazione secondo la logica del Nash Equilibrium¹⁸.

¹³ V. Tambone, *Sanitary action as an integrated Act*, *Clinica Terapeutica*, 156(1-2), 2005, 57-58.

¹⁴ G. Ghilardi, V. Tambone, *Per una fondazione ontologica della riduzione consapevole e cooperante*, *Medicina e Morale*, 64(5), 2015.

¹⁵ P. Levy, *L'intelligenza collettiva. Per una antropologia del cyberspazio*, Feltrinelli Milano, 1996.

¹⁶ Non ci riferiamo qui all'esperimento di simbiosi cerebrale realizzato da Neuralink con il primo innesto di Telepathy (<https://neuralink.com/>)

¹⁷ <https://arxiv.org/abs/1406.2661>.

¹⁸ J. Nash, *The Essential John Nash*, 2007.

Per tutto questo il Codice può essere uno strumento di consapevolezza e di formazione perché integrerebbe sulla linea dell'Etica del Lavoro ben Fatto la Metodologia Clinica come luogo di maturazione professionale.

Vittoradolfo Tambone

Professore ordinario di Medicina legale, Facoltà di Medicina e Chirurgia

Univ. Campus Bio-Medico

Direttore dell'Health Bioethics Center, Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico

INTELLIGENZA ARTIFICIALE, RELAZIONE DI CURA E GESTIONE DELL'INCERTEZZA IN MEDICINA

di Sergio Barbieri

Sempre di più si impone all'attenzione del pubblico in generale e del mondo medico in particolare il problema dell'applicazione dell'intelligenza artificiale nelle attività di diagnosi e cura. Certamente la centralità dell'uomo e delle sue tradizionali credenze è stata posta in discussione ripetutamente negli ultimi secoli. Basti pensare alla rivoluzione copernicana che non poneva più il nostro pianeta al centro dell'universo, a quella darwiniana che non lasciava l'uomo al centro del creato ed a quella freudiana che ci privava anche dell'illusione di essere i signori della nostra stessa mente. Ora la sfida del presente e del futuro è rappresentata dalla convivenza con qualcosa che può drammaticamente cambiare i rapporti tra noi creatori e le macchine nostre creature. Il dominio dell'algoritmo si sta imponendo ben al di là di quanto il loro "inventore" al Qwaritzmi potesse preconizzare nella Persia dell'ottavo secolo dopo Cristo. Il sogno dell'intelligenza artificiale ha attraversato i secoli e non ha mai conosciuto cedimenti nel corso dei secoli. Dal Pigmaliione e Galatea delle Metamorfosi di Ovidio al Golem di Loew, dall'Homunculus di Paracelso al Frankenstein di Mary Shelley, dal robot universale di Rossum ad Io robot di Asimov, da Hal di 2001 odissea nello spazio agli androidi di Dyck ai supertoys di Aldiss Vi sono numerosi altri sistemi impiegati in ambito clinico come ad esempio Deep Mind Health di Google che collabora con il NHS britannico, Evidation Health ed Healthways, che mappano il comportamento con lo scopo di migliorare le abitudini di vita o Babylon che fornisce consulenze a distanza ed informazioni ai pazienti sulla loro salute mediante analisi dei sintomi riferiti. Recentemente è stata licenziata ChatGPT in grado di comprendere il linguaggio umano e la cui ultima versione 4 (anche associata al motore di ricerca Bing ed a Microsoft Office 365) con capacità tali da rivoluzionare gran parte dell'attività umana. Il sistema Babylon sembra promettere grandi risparmi ad una sanità pubblica sempre più in difficoltà ma sarà vero? Ad oggi non è chiaro se il NHS inglese possa ottenere utili e guadagni dalla sua partnership con Babylon. Quello che è certo è che nel frattempo, Babylon Health diventerà capace di acquisire knowledge e capacità di intelligence sulla salute e sull'evoluzione delle condizioni

cliniche dei cittadini britannici. Babylon saprà come sono distribuite le patologie e come evolvono, conoscerà l'efficacia delle terapie, le strategie di mitigazione di epidemie e anche dati sulle abitudini sessuali degli inglesi e sulle malattie sessualmente trasmissibili. I dati raccolti possono portare a miniere di informazioni ancora inimmaginabili. Questo know-how, inoltre, potrà essere rivenduto alle sanità e alle assicurazioni sanitarie di tutto il mondo, compreso, paradossalmente, l'NHS stesso. Ed allora quale futuro per noi clinici? Ci sono alcune cose che al momento i computer non possono fare perché non tutta l'attività può essere formalizzata matematicamente sotto l'aspetto di regole o leggi predittive. Inoltre come ha fatto notare Hubert Dreyfus il comportamento umano è influenzato dal contesto e probabilmente all'AI mancheranno ancora per molto tempo o forse per sempre compassione e saggezza. Joseph Weizenbaum, ad esempio, opera una netta distinzione tra decisione, un'attività computazionale programmabile, e scelta che è invece prodotto di un giudizio e non di un calcolo. Se pensiamo alle grandi sfide della medicina contemporanea come il limite della terapia, l'eutanasia, il problema delle scelte, i diritti dell'embrione e del neonato, le tecniche di fecondazione assistita, la proprietà del genoma, la clonazione terapeutica e riproduttiva, la sperimentazione sull'uomo ed i trapianti ci rendiamo conto che solo una scelta basata sul giudizio ci può guidare. Se l'intelligenza artificiale aprirà orizzonti nuovi e decisivi sugli aspetti della medicina più direttamente legati a scienza, riduzionismo, *evidence based medicine*, biologia e malattia difficilmente potrà aiutarci ad affrontare la pratica medica intesa come arte che si deve rifare ad olismo, *person centered medicine*, biografia ed esperienza di malattia. In ultima analisi corpo qualsiasi, corpo macchina e biologia da un lato e corpo di quella persona, progetto e finalità e biografia dall'altro. Il tutto governato dalla normatività dove il senso etico e morale è irriducibile a principi deterministici. Bisogna quindi recuperare il rapporto con il paziente riscoprendo la relazione empatica. William Osler diceva che la medicina è una scienza dell'incertezza ed un'arte della probabilità ed ammoniva i laureandi dicendo: “una caratteristica stressante della vita che state per affrontare è l'incertezza che riguarda non solamente la nostra scienza e l'arte medica ma anche le speranze e le paure che ci rendono uomini. Nel ricercare la verità assoluta noi miriamo all'inottenibile e ci dobbiamo accontentare di trovarne solamente cocci”. Trafficare in certezze, produrre diagnosi e presentare ricerche in modo trionfalistico significa partecipare ad una “allucinazione” collettiva ed in verità incoraggiarla. Compito del medico che non può essere svolto da nessun sistema di AI è proprio quello di gestire l'incertezza intesa non come insicurezza

ma come consapevolezza del limite della conoscenza. Non parliamo quindi di incertezza “oggettiva” legata all’inesperienza ma al contrario di incertezza “soggettiva” come bagaglio dell’esperienza del professionista. Le incertezze inerenti la pratica della clinica dovrebbero essere comunicate al paziente. Il non farlo ha causato un aumento diretto della mancanza di fiducia nell’operato del medico. Quando la rivelazione dell’“incertezza” diventerà comune nella pratica medica la relazione medico paziente evolverà ad un maggior grado di comprensione e di soddisfazione per entrambi e l’intelligenza artificiale dovrà aiutare il medico ma non potrà sostituirlo.

Etica dell’IA ed IA etica

Possiamo essenzialmente individuare tre grandi categorie di problemi etici legati allo sviluppo dell’IA:

Etica dei dati

Affidabilità nell’acquisire, gestire e valutare i dati. In questo ambito ricordiamo il consenso informato, la privacy e la protezione dei dati ed il possibile uso illecito di dati raccolti per altri scopi, la proprietà, l’oggettività, la trasparenza, la distanza tra coloro che hanno e coloro che non hanno le risorse necessarie a gestire grandi quantità di dati, la democrazia ed i diritti civili.

Etica degli algoritmi

Trasparenza che riguarda anche la comprensibilità del disegno dell’algoritmo e che se eccessiva può essere sottoposta ad attacchi e compromettere la proprietà intellettuale e la privacy. Il *bias* umano nella costruzione dell’algoritmo stesso con possibili derive etniche etc. La responsabilità divisa tra produttore, proprietario ed utilizzatore. Errore nella costruzione dell’algoritmo e del modo in cui è usato. L’automazione e sostituzione di lavoratori.

Etica della pratica clinica

Il *bias* dell’automazione con la tendenza degli utilizzatori a favore le decisioni prese dalla macchina portando ad errori di omissione (non individuazione o sottovalutazione di potenziali errori della macchina) e di commissione (erronea accettazione ed implementazione di una decisione della macchina a fronte di elementi che ne testimoniano l’errore). Modelli diversi di responsabilità per diversi settings e forme di

intelligenza artificiale. Per il momento il medico rimane l'ultimo responsabile delle decisioni cliniche anche quando queste derivano dall'uso di sistemi di intelligenza artificiale sofisticati.

Sergio Barbieri

Direttore Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano

Vice Presidente Nazionale CIMO ASMD

IL RUOLO DELLA FORMAZIONE NEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

di Licia Montagna, Carlo Della Rocca e Marco Montorsi

Il codice deontologico rappresenta l'insieme delle norme di condotta ed è valido per tutti i professionisti dell'area sanitaria. L'osservanza di queste norme si basa tuttavia sull'adesione del singolo che, individualmente e sulla base della congruenza tra i propri valori e quelli della professione, risponde personalmente in una determinata situazione professionale. Alla base dell'osservanza di queste norme c'è infatti da un lato l'interiorizzazione dei valori professionali da parte del professionista e dall'altro la capacità di saperli declinare e soppesare ogni qual volta sia necessario. Ciò rende l'etica professionale un tema critico in quanto non si tratta di qualcosa di immutabile, come una formula matematica, ma di un costrutto fragile, passibile di incertezza e fortemente legato alla dimensione emotiva, al carattere e temperamento del professionista. Valori quali la coerenza, il coraggio, la fedeltà, la fratellanza, la lealtà, l'onestà, presenti nella Dichiarazione di Ginevra, sono spesso considerati "scontati" perché parte integrante di quell'aspetto vocazionale alla base della motivazione di diventare medico¹. Oppure, più comunemente, come valori e comportamenti che verranno "passati" durante la frequentazione in ospedale. In sostanza si impara a diventare medico guardando gli altri e attraverso dei buoni modelli. Il tema del buon modello è un tema ormai caro e ben presente nei curricula formativi di medicina.

Nel mondo anglosassone l'osservanza del codice deontologico rientra nel costrutto più ampio denominato *medical professionalism*². Parafrasando la letteratura, potremmo definirlo un *modus operandi* che si basa sulla consapevolezza, apertura e capacità di

¹ D. H Chestnut, *On the road of professionalism*, in *Anaesthesiology*, 126, 5, 2017,780-786.

² S. R. Cruess, R. L. Cruess, Y. Steinert, *Teaching Medical Professionalism*, NY, Cambridge University Press, 2009.

sostare e decidere all'interno di situazioni complesse, governando l'incertezza. Più che una norma comportamentale, il *medical professionalism* riguarda un *ethos* che integra diverse parti dell'identità di un professionista: la consapevolezza di sé, quella del contesto in cui ci si muove, la consapevolezza degli altri, non solo pazienti e colleghi, ma la comunità intera. Il *professionalism*, dunque, è diverso dalla norma per sé, perché integra anche la dimensione morale del singolo professionista che non è ininfluente nel momento in cui bisogna seguire e applicare una norma.

Pur essendo un elemento cruciale, l'etica professionale, a cui fa riferimento il *professionalism* è anche un aspetto estremamente fragile perché legato alla dimensione emotiva, al carattere e al temperamento del professionista. Questo è il motivo per cui la professionalità del medico va accompagnata e guidata lungo tutto il percorso formativo dello studente di medicina, affinché questo *ethos* possa svilupparsi ed essere consapevolmente integrato nel proprio sé. In questo senso la letteratura suggerisce che nella formazione di base più che di *medical professionalism* si parli di costruzione dell'identità professionale (*Professional Identity Formation*)³.

Cos'è il medical professionalism?

Nella letteratura internazionale il *medical professionalism* è inteso come quell'insieme di “norme, valori, principi e regole di condotta che regolano la professione del medico”. Questo costrutto nasce in America nel 1995 quando l'*American Board of Internal Medicine* (ABIM), istituisce un gruppo di esperti per far fronte alle pressioni a cui la medicina è sottoposta e ai frequenti casi di *malpractice* riportando la riflessione dei medici stessi ai compiti e i principi che regolano l'esercizio della professione. Da quel momento anche altre istituzioni americane quali l'*Association of American Medical Colleges* (AAMC), l'*Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) e inglesi *General Medical Council* (GMC) hanno elaborato diversi importanti documenti (*Charter of medical professionalism*⁴ negli Stati Uniti e *Tomorrow Doctors*⁵ in Gran Bretagna) nei

³ R.L. Cruess., S.R. Cruess, J.D. Boudreau, L. Snell., Y. Steinert, *Reframing medical education to support professional identity formation*, in *Academic medicine*, 89(11), 2014, 1446-1451.

⁴ ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine, *Medical professionalism in the new millennium: a physician Charter*, in *Ann Intern Med.*, 136, 2002, 243-246; *Project Professionalism American Board of Internal Medicine*, 510 Walnut Street, Suite 1700, Philadelphia, Pennsylvania, 19106-3699.

⁵ General Medical Council, *Tomorrow's Doctor. Regulating Doctors. Ensuring good medical practice*, Regent's Place, 350 Euston Road, London NW1 3JN, 2003.

quali vengono esplicitati i valori della professione e i doveri del medico nei confronti della società. Sono infine le stesse Istituzioni mediche a chiedere alle Università di introdurre l'insegnamento di questo costrutto nei curricula. Dal 2002 il *National Board of Medical Examiners* (NBME) prevede nei suoi test domande relative al *medical professionalism* riguardanti l'etica e il comportamento professionale. Anche in Gran Bretagna l'esame per accedere ai *Foundation Years Programme* (i due anni per l'abilitazione alla professione) prevedono sia una serie di domande sul *professionalism* sia il superamento di una parte motivazionale basata sul "*Situational Judgment Test*" (SJT) nelle quali sono presenti domande sul *medical professionalism*⁶.

Qual è la situazione italiana?

Ad oggi nelle università italiane non esiste un insegnamento specifico del *professionalism*, come costrutto vero e proprio. Esistono corsi di Introduzione alla professione medica, ma senza una cornice di riferimento uniforme e basata su una carta di valori e principi condivisa. I corsi prevedono sostanzialmente la trasmissione di informazioni circa le origini della professione medica (storia della medicina), i principali fondamenti di bioetica. In alcuni casi vengono integrati da moduli di *Medical Humanities* che introducono i temi della relazione medico paziente. Non è prevista una valutazione sul percorso comportamentale dello studente negli anni clinici. Nella formazione post-laurea il comportamento professionale si basa più su precetti impliciti a cui lo studente deve aderire, spesso senza una reale comprensione degli stessi, pena l'esclusione dal gruppo di appartenenza.

È importante poi distinguere la formazione al *medical professionalism* dalla formazione umanistica del medico. Le scienze umane (psicologia, filosofia, etica) sicuramente contribuiscono a fornire il substrato valoriale e umano del futuro medico, ma non ne esauriscono le finalità. Il *professionalism* è un *ethos* che ha che fare con la consapevolezza di sé, del contesto e degli altri, non solo pazienti e colleghi, ma comunità intera. Questo *ethos* va dunque costruito longitudinalmente nei sei anni di studio e successivamente anche nei periodi della formazione specialistica post-laurea.

Come formare al *medical professionalism*?

⁶ GMC Guidelines, *Situational Judgment Test for the Foundation Years Programme* 2nd Edition, 2013.

Dal punto di vista della formazione al *medical professionalism* esiste un'ampia letteratura internazionale incentrata su diversi modelli di riferimento. Si è passati da un modello basato sulle virtù (*Virtue-Based Professionalism*) ad uno basato sui comportamenti (*Behavior-Based Professionalism*) fino ad un più recente modello che orienta la formazione alla costruzione dell'identità professionale (*Professional Identity Formation*)⁷. Quest'ultimo considera l'evoluzione dell'identità dello studente un modello centripeto, in cui l'impegno (*commitment*) diventa sempre più interiorizzato e integrato con i valori, le aspirazioni e le regole della comunità medica. In sostanza il *professionalism* si realizza attraverso un progressivo processo di socializzazione che porta gli studenti a pensare, sentire e agire come un medico. In particolare l'apprendimento avviene attraverso l'istruzione diretta (lezioni), l'osservazione di modelli di ruolo e le loro interazioni con gli altri (pazienti e colleghi), la partecipazione alla comunità, la valutazione e il feedback. Importante è fornire una base cognitiva sul *medical professionalism*, generalmente all'interno di corsi di *Doctoring* o di etica medica e attraverso una didattica centrata sullo studente. Le strategie pedagogiche prediligono non solo lezioni frontali, ma soprattutto discussioni guidate di casi o scritture riflessive, ovvero strumenti che aiutino gli studenti a riflettere su come la transizione nelle diverse fasi del loro percorso influenzi loro stessi, aiutandoli in questo modo ad avere consapevolezza di sé stessi e delle proprie scelte⁸.

Come implementare il *medical professionalism* nei curricula di medicina?

- Fornire le basi cognitive del *professionalism* attraverso lezioni frontali e casi pratici di riconoscimento dei valori presenti nella pratica medica e universitaria;
- Integrare il costrutto del *professionalism* all'interno di corsi specifici nel curriculum formativo meglio se longitudinalmente o comunque con richiami anche negli anni clinici;
- prediligere approcci transdisciplinari che permettano di mettere a confronto saperi e linguaggi diversi per stimolare un'attitudine critica e aperta al confronto;

⁷ D. M. Irby, S.J. Hamstra, *Parting the clouds: three professionalism frameworks in medical Education*, in *Academic Medicine.*, 91, 2016, 1606-1611.

⁸ L. Montagna, F. Consorti, *Medical professionalism e costruzione dell'identità professionale negli studenti di medicina. riflessioni e proposte didattiche per la formazione in Italia*, Franco Angeli, Milano, 2022.

- Favorire la discussione di casi in piccolo gruppo;
- Introdurre il *professionalism* all'interno della didattica simulata attraverso casi (scenari);
- Sviluppare un portfolio dello studente in cui far confluire saggi riflessivi, narrazioni di pazienti incontrati in corsia, narrazioni di situazioni professionali o non professionali vissute;
- Introdurre percorsi di *Medical Humanities* (utilizzo di film, book club, medicina narrativa...);
- Costruire percorsi di *mentoring* e *peer mentoring*;
- Valutare il *professionalism*.

Alcune strategie su come disciplinare *medical professionalism* nei curricula di medicina

- Prevedere codici di Ateneo in cui siano esplicitate le regole comportamentali a cui gli studenti sono chiamati a rispondere. Questi codici potrebbero basarsi o avere chiari riferimenti al codice deontologico stesso;
- Identificare l'organismo di Ateneo preposto a monitorare questi processi e a prendere decisioni in tale senso;
- Avere dei modelli di ruolo che siano di esempio e ispirazione per gli studenti;
- Prevedere procedure lungo il percorso formativo affinché lo studente possa riparare qualora i comportanti siano disattesi;
- Formare i docenti e il personale medico ospedaliero coinvolto nella formazione dello studente (*Faculty Development*) al *professionalism*;
- Valutare il *professionalism* durante l'attività di reparto e prevedere delle forme di ancoraggio all'interno degli esami clinici.

Un tema centrale per il futuro: il rapporto con le nuove tecnologie

Le nuove frontiere tecnologiche richiedono grande attenzione e confronto all'interno della formazione universitaria. La letteratura segnala infatti che nelle nuove

generazioni, anche nei cosiddetti nativi digitali, il livello di *Digital literacy* è molto basso⁹. Questo significa che gli studenti usano questi strumenti, ma non li conoscono appieno, specie per quanto concerne il loro uso in ambito accademico o nella circolazione/acquisizione di informazioni dal web.

I nuovi corsi di medicina affronteranno sempre più il rapporto con i sistemi di informazione e comunicazione (ICT), la telemedicina, il tema della gestione dei big data, il potenziamento fino alla roboetica. La formazione in questi ambiti dovrebbe riguardare non soltanto un piano di *literacy* (banalmente che differenza/rapporto c'è tra ICT e A.I; quali sono le funzioni/usi dell'intelligenza artificiale; cosa significa *deep learning* e qual è il rapporto uomo macchina dal punto di vista operativo), ma anche temi riguardanti l'influenza della telemedicina nel rapporto medico paziente, gli *smart device* e le loro applicazioni in ambito medico (*eHealth*) per stimolare un uso consapevole di questi strumenti, aprendo riflessioni su ciò che è tecnicamente possibile, legalmente permesso ed eticamente giustificabile.

Il presente contributo è stato presentato dal prof. Montorsi e dal prof. Della Rocca in occasione del convegno sulla riforma del codice deontologico.

Marco Montorsi, MD, FACS (Hon)

Professore di Chirurgia Generale, Humanitas University,

Responsabile U.O. Chirurgia Generale e Digestiva, Humanitas Research Hospital Milano

Carlo Della Rocca

Professore ordinario di Anatomia Patologica e Preside della Facoltà di Farmacia e Medicina,

Università La Sapienza, Roma

Licia Montagna

Pedagogista presso Humanitas University. Insegna medical professionalism al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e MEDTEC della medesima università.

⁹ K. Henna, X. Bo, *Health literacy in the eHealth era: a systematic review of the literature*, in *Patient Education & Counseling*, 100, 2017, 1073-1082.

I PROFILI FORMATIVI PER IL MEDICO CHIRURGO IN ITALIA, TRA ETICA PROFESSIONALE E LE SFIDE TECNOLOGICHE DELL'IMMEDIATO FUTURO

di Giuseppe Familiari, Bruno Moncharmont, Linda Vignozzi e Stefania Basili

I profili formativi dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia in Italia

La definizione del modello o profilo formativo utilizzato per la formazione del medico è importante, perché è proprio in relazione ad esso, che si caratterizzano le competenze possedute dal medico che desideriamo formare. Una visione moderna della formazione del medico, desunta da *CanMEDS*, è quella che oggi prevede la formazione di un “*medico esperto*”, che sappia essere un buon comunicatore, che sappia collaborare con l’equipe medica, essere leader, aggiornarsi efficacemente, essere il difensore della salute dei suoi pazienti e della comunità, ma soprattutto possieda, e ne sia consapevole, i valori della professionalità dell’essere medico (*Medical Expert: Professional, Communicator, Leader, Health Advocate, Scholar, Professional*)¹.

Una sfida importante, per chi si occupa di formazione del medico, è stata quella di volersi allontanare da un curriculum formativo basato esclusivamente sul tradizionale modello “biomedico”, focalizzato sui determinanti biologici correlati allo stato di salute e di malattia, per avvicinarsi ad un modello che incorporasse, nella formazione, le scienze sociali e del comportamento. Quest’ultimo modello, denominato “bio-psicosociale” richiamava l’importanza dei fattori sociali e del comportamento individuale, concettualizzando una scala di fattori multipli, denominati “*biological and psychosocial determinants of disease and resultant illness processes*”. In questo modello formativo non vi era, però, traccia di come i determinanti sociali e del comportamento interagissero con i meccanismi fisiopatologici nell’incidere sul processo di malattia. Ricerche multidisciplinari abbastanza recenti hanno però evidenziato una interdipendenza bidirezionale tra i determinanti biologici e psicosociali di malattia, portando all’attivazione di un modello formativo che enfatizza l’importanza dell’integrazione delle cosiddette scienze biologiche con le scienze sociali e del comportamento e

¹ CanMEDS internet: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>.

sulla evidente necessità a dover indagare sui meccanismi complessi attraverso i quali questi meccanismi eziologici interagiscono e divengono determinanti sia della salute che della malattia².

È solo nel 2015, che la World Federation of Medical Education³, nei suoi “*Global Standards for Quality Improvement*”, stabilisce che: “*The behavioral and social sciences, medical ethics and medical jurisprudence would provide the knowledge, concepts, methods, skills, and attitudes necessary for understanding socio-economic, demographic and cultural determinants of causes, distribution, and consequences of health problems as well as knowledge about the national health care system and patients rights. This would enable an analysis of the health needs of the community and society, effective communication, clinical decision making, and ethical practices*”.

In Italia, Sapienza Università di Roma attivava i primi corsi di laurea con un profilo dichiarato di tipo “biomedico-psico-sociale”, nell’anno accademico 1999-2000, proprio con l’intento di costruire delle solide basi culturali e scientifiche che fossero in grado di integrare i due profili sopra descritti⁴. Seguivano poi altri corsi di laurea in medicina e chirurgia, che erano attivati con questo profilo e queste caratteristiche generali⁵.

In questi ultimi 20 anni, in Italia, si progrediva sempre più verso un modello di apprendimento basato sulle competenze e incentrato sulla diretta collaborazione con lo studente. Molti curricula di medicina italiani si orientavano verso una struttura con forte integrazione verticale, dove le prime esperienze cliniche erano offerte sin dall’inizio del primo biennio formativo, sede di una solida e accurata preparazione scientifica di base. In questi corsi di laurea, l’insegnamento e l’apprendimento divenivano maggiormente orientati alla clinica, anche attraverso lo svolgimento di tirocini clinici sia in ospedale che nel territorio e attività di apprendimento con un sempre maggiore utilizzo della simulazione clinica in ambienti sempre più avanzati. L’obiettivo principale era quello di formare un medico con le migliori competenze e conoscenze tecniche, operative e relazionali (il saper fare e il saper essere), radicate

² J. E. Carr, *The need for an integrated science curriculum in medical education*, in *Teach Learn Med*, 10, 1998, 3-7.

³ World Federation for Medical Education. Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement, the 2015 revision: https://wfme.org/wp-content/uploads/2015/01/BME_2015_v2.pdf p. 22.

⁴ G. Familiari, P. Falaschi, A. Vecchione, *La nuova laurea specialistica in Medicina e Chirurgia e la formazione di un medico con una cultura biomedico-psico-sociale*, in *Med Chir* 16, 2001, 591-596.

⁵ H. Snelgrove, G. Familiari, P. Gallo, E. Gaudio, A. Lenzi, V. Ziparo, L. Frati, *The challenge of reform: 10 years of curricula change in Italian medical schools*, in *Med Teach* 31, 2009, 1047-1055.

nei valori della professionalità, atto a consentire al laureato una efficace collocazione nel complesso sistema sanitario di oggi⁶.

Attraverso un modello formativo di questo tipo, gli studenti non solo acquisiscono competenze scientifiche e metodologiche, ma anche le basi di una cultura umanistica che contribuisce a formare il pensiero critico e scientifico ideale del “medico esperto” oggi indicato dalla comunità scientifica internazionale. La pratica riflessiva e le scienze umane aiutano gli studenti a riconoscere i problemi etici intrinseci alla pratica clinica, promuovendo il rispetto per i pazienti ed evidenziando i valori della professionalità. In un contesto formativo di questo tipo, la ricerca scientifica e la medicina basata sulle evidenze acquisiscono un valore ancora maggiore nella formazione medica. Nel curriculum formativo non mancano, oggi, una forte attenzione ai temi della prevenzione e del mantenimento dello stato di benessere e argomenti specifici come la medicina di genere, la medicina di precisione, la terapia del dolore e le cure di fine vita, le tematiche della salute globale⁷.

Molto recentemente si attiva, nel nostro paese, una nuova tipologia di corso di laurea in medicina e chirurgia con un profilo “tecnologico”, in stretta collaborazione con i colleghi delle Facoltà di Ingegneria Civile e Ingegneria Informatica. Sapienza Università di Roma è il primo Ateneo pubblico ad attivare un curriculum formativo di questo tipo, con Studenti iscritti che stanno frequentando, ora, il quarto anno di corso. Anche in questo caso, altri Atenei hanno attivato e stanno attivando corsi di laurea con questo modello organizzativo.

Questo nuovo profilo formativo è comunque costruito sulla imprescindibile necessità a dover integrare il paradigma biomedico-psico-sociale del saper prendersi cura dell’essere umano con la padronanza delle nuove tecnologie, che dovranno essere finalizzate al miglioramento del processo di cura, nell’ambito del meta-paradigma della complessità della medicina tecnologica e ingegneristica del futuro, sempre con l’attenzione agli aspetti psico-sociali della cura della persona ammalata⁸.

In questi nuovi corsi laurea, le scienze di base tipiche della medicina sono integrate da solide basi di analisi matematica e algebra lineare, fisica applicata alla medicina, statistica applicata e geometria analitica, fondamenti di informatica e di bioinfor-

⁶ F. Consorti, G. Familiari, A. Lotti, D. Torre, *Medical education in Italy: Challenges and opportunities*, in *Med Teach*, 43: 11, 2021, 1242-1248.

⁷ *Ibidem*.

⁸ S. Basili, G. Familiari, Z. Del Prete, L. Farina, L. Stefanini, A. Polimeni, *A new biomedical-technological training program at the Sapienza University of Rome*. In *Proceedings of the Virtual Conference AMEE 2021*, 30 August 2021.

matica, di elettronica e teoria dei circuiti, principi di ottimizzazione, interazione e compatibilità bio-elettro-magnetica, la biomeccanica tissutale. Tutti questi argomenti risultano essere fondamentali per la comprensione dei principi tecnologici e ingegneristici, che sono alla base delle applicazioni avanzate di bio-ingegneria in medicina.

I nuovi argomenti della medicina traslazionale e di precisione, della genomica, la bioingegneria, la bioinformatica e la bioelettronica, la *network medicine*, l'analisi dei big data, la robotica medica, il *machine learning*, le reti neurali, l'intelligenza artificiale, sono fortemente presenti e integrati con le scienze cliniche, con una metodologia di interazione verticale, patrimonio comune della organizzazione di numerosi corsi di medicina e chirurgia internazionali. Deve essere comunque sottolineato come il sistema formativo italiano sia del tutto competitivo con i sistemi formativi della comunità internazionale.

È importante specificare come non vi possa essere la giusta applicazione di tecnologie avanzate, di qualsiasi tipologia, ove non si consideri la sicurezza dei pazienti e senza la consapevolezza dei valori dell'etica professionale, che devono essere alla base di qualsiasi atto che tenda alla cura e al prendersi cura del paziente.

È importante che i valori dell'etica professionale siano insegnati correttamente

Allo scopo di formare medici che abbiano la piena consapevolezza dei valori della propria professionalità e che quindi sappiano considerare il codice di deontologia professionale non come un mero elenco di regole da rispettare, ma come la fonte ispiratrice del loro agire medico, non è sufficiente un curriculum formativo moderno, ma è altrettanto importante che vi siano docenti in grado di trasmettere l'importanza di questi valori. I docenti, oltre che fondare i loro insegnamenti su solide basi scientifiche, devono essere appassionati, entusiasti e consapevoli del loro ruolo complesso di educatori, che racchiude in sé molte competenze valoriali⁹. Per un corretto sviluppo della cultura del “professionalism” negli studenti, non saranno mai sufficienti solo lezioni teoriche delle numerose discipline che costituiscono le cosiddette “scienze umane”, ma questa cultura dovrà essere acquisita soprattutto in modo esperienziale sul campo, anche attraverso momenti di discussione e

⁹ R. M. Harden, P. Lilley, *The eight roles of the medical teacher*, Elsevier pb, 2018, 1-305.

riflessione tra studenti e docenti, allo scopo di far emergere quei comportamenti non professionali che vi possono essere stati durante lo svolgimento delle attività di tirocinio professionalizzante, con docenti che, oltre che fornire un'assistenza di qualità ai pazienti, sappiano essere un modello concreto di esempio virtuoso per i loro stessi studenti. In questo senso, il modo di essere del docente clinico diviene fondamentale, per la costruzione dell'identità e le competenze professionali del futuro medico.

La Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia si è sempre interessata a questo argomento, anche proponendo un “codice di comportamento del docente tutor e dello studente iscritto ai CLM in Medicina e Chirurgia nello svolgimento delle attività didattiche cliniche tutoriali”¹⁰⁻¹¹, e approvando inoltre una “Carta dei valori e delle competenze degli Studenti”¹².

Un processo continuo di “Faculty Development”, è assolutamente necessario per elevare la qualità complessiva della formazione. La Conferenza permanente sta concentrando la propria progettualità e attenzione nel promuovere questo processo, importante per sostenere la formazione della professionalità e dell'identità professionale. Sempre maggiormente presenti, nei CLM di Medicina e Chirurgia italiani, attività formative indirizzate ai Docenti che riguardano l'insegnamento delle basi cognitive e la metodologia a saper tradurre i contenuti fondamentali in pratica, una forte promozione del modello di ruolo, la promozione di attività riflessive che sappiano capitalizzare l'apprendimento esperienziale e lavorativo, sostenendo concretamente le comunità di pratica dove vi siano obiettivi comuni e valori condivisi, linguaggi comuni e un forte senso di appartenenza. La formazione di un corpo docente che sia sensibile a queste tematiche e che sappia restituire alla pratica medica quella dimensione di umanità che distingue sostanzialmente il curare dal prendersi cura del paziente, contribuirà in maniera determinante a formare sempre più giovani medici che sappiano condividere i valori importanti

¹⁰ G. Familiari, F. Consorti, R. Valanzano, L. Vettore, M. Casacchia, S. Caruso, C. Della Rocca, P. Gallo, *L'etica della docenza. Per un insegnamento eticamente fondato nei CLM in Medicina e Chirurgia*, in *Med Chir*, 54, 2383-2391, 2012.

¹¹ G. Familiari, P. Gallo, V. Ziparo, A. Lenzi, E. Gaudio, *Proposta di codice di comportamento del docente tutor e dello studente iscritto ai CLM in Medicina e Chirurgia nello svolgimento delle attività didattiche cliniche tutoriali*, in *Med Chir* 55, 2012, 2465-2474.

¹² G. Familiari, M. Volpe, *Il medico del terzo millennio. Proposta di una carta dei valori e delle competenze degli studenti, in un curriculum formativo rinnovato, in Italia*, in *Med Chir*, 65, 2015, 2925-2930.

del Codice deontologico, che divengono ancora più fondamentali nell'assistere la complessità della medicina moderna.

Il presente contributo è stato presentato dalla prof.ssa Basili e dal prof. Familiari in occasione del convegno sulla riforma del codice deontologico.

Stefania Basili è professore ordinario di medicina interna presso l'Università La Sapienza, Roma e Presidente della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM di Medicina e Chirurgia;

Giuseppe Familiari è professore emerito di anatomia umana presso l'Università La Sapienza, Roma e Vicepresidente della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM di Medicina e Chirurgia;

Bruno Moncharmont è professore straordinario di patologia generale presso la LUM e Vicepresidente vicario della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM di Medicina e Chirurgia;

Linda Vignozzi è professore associato di endocrinologia e malattie del metabolismo presso l'Università di Firenze e vice-segretario della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM di Medicina e Chirurgia.

LA FORMAZIONE TRA NORMA E GIURISPRUDENZA

di Paola Frati

La formazione riveste un ruolo centrale nel miglioramento della qualità dei servizi sanitari, garantendo un'educazione culturale di particolare rilievo per tutti i professionisti sanitari. Pur non rappresentando una novità, oggi più che mai risente delle sfide che il sistema sanitario deve fronteggiare, in virtù dell'incessante evoluzione del progresso scientifico e tecnologico, teso al mantenimento di standard adeguati nella pratica clinica ed assistenziale.

Il Ministero della salute da tempo pone al centro delle sue iniziative a sostegno della qualità e sicurezza la formazione, intesa come fattore strategico necessario per il raggiungimento degli obiettivi previsti in tal senso dalla programmazione nazionale.

La garanzia di una formazione di qualità è una responsabilità collettiva che coinvolge in primo luogo la comunità accademica, il sistema sanitario nazionale in tutte le sue articolazioni, la comunità scientifica e gli organismi di rappresentanza dei professionisti che operano in sanità.

In particolare, la formazione sembra connaturata alla stessa qualifica di professionista. La stessa terminologia di professionista rimanda all'idea di professionista intellettuale, caratterizzata da un titolo di studio. La formazione non si arresta però al solo conseguimento del titolo studio, che rimane comunque il primo tassello.

La comunità accademica per pianificare ed erogare "formazione" richiede primariamente una attiva partecipazione delle scuole di medicina, coinvolge inoltre i sistemi sanitari e le istituzioni di governo e prevede un ampio spettro di attività, compreso l'accreditamento delle istituzioni educative e dei programmi e la regolamentazione dei profili professionali (iscrizione, certificazioni, licenze). Non esiste, infatti, un'unica via per migliorare la qualità della formazione sanitaria, per ottenere risultati significativi e duraturi le istituzioni devono essere orientate verso un processo continuo di sviluppo della qualità. Le questioni da affrontate sono essenzialmente due: la formazione di base dei professionisti sanitari e il mantenimento costante di una formazione aggiornata rispetto a conoscenze che cambiano continuamente e che richiedono competenze adeguate.

L'OMS è, per esempio, impegnata a sostenere gli Stati membri nei loro sforzi per

migliorare la qualità dell'istruzione e della formazione dei professionisti sanitari e per introdurre nei sistemi nazionali un approccio evidence-based nella formazione e nella pratica.

In Italia sia il legislatore che la giurisprudenza hanno prestato e prestano particolare attenzione al tema della formazione.

Anche a livello europeo si registrano importanti prese d'atto sull'importanza della formazione.

Ad esempio, in tema di sicurezza delle cure, possiamo richiamare la Raccomandazione del Consiglio Europeo del 9 giugno 2009 (2009/C 151/01), che prevede al punto 4 la promozione, l'istruzione e la formazione del personale sanitario sulla sicurezza dei pazienti:

a) favorire la formazione multidisciplinare sulla sicurezza dei pazienti di tutti gli operatori sanitari, compreso personale amministrativo e la direzione delle strutture sanitarie;

b) inserire la tematica della sicurezza dei pazienti nella formazione universitaria e post universitaria e nella formazione continua del personale sanitario;

c) considerare lo sviluppo di core competence in materia di sicurezza dei pazienti, in particolare conoscenze, attitudini e competenze fondamentali e necessarie per fornire un'assistenza sanitaria più sicura;

d) fornire e diffondere informazioni a tutto il personale sanitario sugli standard di sicurezza, sui rischi e sulle misure in atto per ridurre o prevenire gli errori e/o i danni, comprese le migliori pratiche e promuovere il coinvolgimento degli operatori;

e) collaborare con le organizzazioni coinvolte nella formazione professionale in campo sanitario, per assicurare che la sicurezza del paziente riceva la giusta attenzione nei programmi di formazione universitaria e di formazione permanente, compreso lo sviluppo delle competenze necessarie per gestire e realizzare i cambiamenti comportamentali atti a migliorare la sicurezza dei pazienti attraverso cambiamenti del sistema.

Ulteriore elemento che caratterizza l'idea di una ricerca dell'oggettività a discapito del mero dato esperienziale, è la valorizzazione del ruolo delle linee guida e delle buone pratiche che costituiscono il fulcro della legge 24 del 2017. In proposito possiamo ricordare l'ormai datata definizione di Sackett che ben rappresenta il concetto appena espresso.

“L’Evidence-based medicine (EBM) è l’uso coscienzioso, esplicito e giudizioso della migliore evidenza scientifica disponibile per prendere decisioni sulla cura di singoli pazienti. La pratica EBM significa integrare l’esperienza clinica individuale con la migliore evidenza clinica esterna disponibile, prodotta da una ricerca sistematica”¹.

Tale concetto si connette con la definizione di linea guida ovvero “raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche”.

Si definiscono profili di cura o percorsi diagnostico-terapeutici i risultati degli adattamenti delle linee guida alle situazioni locali, con le loro specifiche caratteristiche organizzative e gestionali.

Le linee guida nascono quindi per rispondere a un obiettivo fondamentale: assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi, riducendo al minimo quella parte di variabilità nelle decisioni cliniche che è legata alla carenza di conoscenze e alla soggettività nella definizione delle strategie assistenziali.

Sebbene la loro produzione ai sensi dell’art. 5 della legge 24 del 2017 non abbia prodotto i risultati attesi, essendo meno di 100 le linee guida pubblicate comunque costituiscono un valido riferimento per la giurisprudenza che ha recuperato quelle più accreditate a livello internazionale come buone pratiche utilizzandole sia per la produzione e l’ingresso della buona scienza all’interno del processo sia per comparare il rigore metodologico utilizzato dai propri consulenti e quelli di parte.

Parimenti fondamentale è l’aggiornamento e la formazione all’interno del rischio clinico.

Nell’ottica del governo clinico, il principio dell’Evidence-based medicine rimanda alla necessità di utilizzare profili di assistenza basati su prove di efficacia degli interventi sanitari; allo stesso modo, la formazione “evidence-based” deve avvalersi di metodologie e strumenti “basati sull’efficacia”, nonché di sistemi di verifica dell’impatto e dell’efficacia formativa. La verifica ex post della formazione sui comportamenti professionali e sui risultati di salute e organizzativi deve, pertanto, essere parte integrante dei processi formativi e riuscire a prevedere i cambiamenti che essa produrrà nel contesto di riferimento.

Nell’ambito del governo clinico, imparare dall’esperienza comporta l’utilizzo di strumenti, tecniche e metodologie come l’audit clinico ed il ricorso a indicatori di

¹ Sackett et al., EBM: *What it is and what it isn't*, in *BMJ*, 212, 1996, 71-72.

performance. Nel contesto formativo, lo stesso concetto implica la costruzione di spazi e tempi per fare esperienza, sperimentare, mettersi in gioco, simulare, agire e successivamente riflettere sull'agito, al fine di costruire significati nuovi, nuove categorie di comprensione che diano senso al proprio fare professionale.

Il concetto rimanda anche alla formazione sul campo, fondata sulla premessa che persone e sistemi sociali "imparano facendo" e che la stessa esperienza di lavoro, se pensata come "progetto di apprendimento", riesce ad offrire molteplici opportunità di formazione. Diviene importante perciò ottimizzare e facilitare l'apprendimento delle persone nelle organizzazioni per fare in modo che crescano, si rinnovino e siano capaci di affrontare adeguatamente contesti complessi in cambiamento.

Le aziende sanitarie possono fare della formazione sul campo uno strumento di notevole efficacia. Formarsi sul campo vuol dire attingere dal quotidiano operativo, esplorarlo, rivederlo, valutarlo, modificarlo, sperimentarlo. Significa considerare i problemi di lavoro come opportunità, imparare dal fare, ma anche riconoscere nell'azione professionale un elevato valore formativo, esito del confronto con i colleghi, con se stessi, con l'organizzazione, con la letteratura scientifica. Il monitoraggio attento e sistematico dei processi, attuato sul campo con la partecipazione dei professionisti, può contribuire a realizzare quel miglioramento continuo della qualità dei servizi delineato dal Governo clinico.

Nel contesto dell'imparare dall'esperienza deve essere sottolineato il ruolo preminente dell'Audit clinico.

L'audit clinico è una metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di *best practice*, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.

Ulteriore riferimento fondamentale è l'importanza che l'art. 15 della legge 24 del 2017 attribuisca alla formazione e alla qualità dei consulenti e periti del giudice.

La rapida continua evoluzione della medicina, l'innovazione tecnologica e la complessità organizzativa richiedono ai professionisti sanitari un aggiornamento costante delle proprie conoscenze e competenze, ancora di più se si riveste il ruolo fondamentale di ausiliario del giudice.

Paola Frati

Professoressa ordinaria di medicina legale, Università la Sapienza di Roma

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

di Pierantonio Muzzetto

Non ci si può esimere dall'esprimere un sincero compiacimento per la profondità dei competenti quanto interessanti contributi, a conclusione di questa due giorni di "immersione completa" nelle tematiche generali che porteranno a valutare aspetti e rilievi propedeutici alla revisione e, laddove necessario, alla riscrittura del Codice Deontologico Medico (CDM). Dopo questa premessa, in virtù della funzione di Presidente, coordinatore della Consulta Nazionale Deontologica (CND), mi accingo a fare un ragionamento al termine dei lavori, pur nel così breve tempo che ho avuto a disposizione per articolare la relazione.

Valutazioni di contesto

Nel procedere all'analisi dei contenuti si ha modo di fare un ragionamento articolato, col soffermarsi sugli aspetti e sui principi su cui si basa il lavoro del medico, dei suoi rapporti con la società, ancor prima che coi colleghi, ed anche sulle correlazioni esistenti nel composito sistema di assistenza e cura della persona assistita. In momenti, come gli attuali, la precisione della diagnosi e la terapia appropriata hanno un significato pregnante e un ruolo esclusivo nella salvaguardia della salute, che vede il medico insieme al paziente al centro del sistema di cura, di cui egli è garante e tutore. In tutto ciò è doveroso porsi una domanda cui dare una prima risposta: gli altri come vedono la medicina agita e il ruolo del medico nei contesti attuali e futuri? La prima e naturale risposta è che il medico rimane primo attore, non isolato, di cura a cui ogni persona in situazione di fragilità di salute si rivolge in modo diretto e non intermediato, a suggello proprio della dualità di quel rapporto che si instaura e che si trasforma in efficace relazione. Un tema, quello della domanda crescente e preoccupata di salute che coinvolge sempre più il cittadino a cui, finora, hanno dato esclusivo apporto, interessandosene sul piano dei valori e dei rapporti relazionali, sociologi, giuristi, filosofi nelle varie sfaccettature e particolarità della professione non direttamente vissuta e non certo interessate nella relazione di cura.

Il medico e il paternalismo

L'ensemble di personalità accademiche, giuristi, filosofi del diritto, esperti della ricerca, della psicologia, della comunicazione, appartenenti ai vari mondi del pensiero evoluto, molto ha dato sul piano teorico ma non sempre, e non diffusamente, sul piano della relazione e del riconoscimento di funzioni. Motivo per cui, da più parti e da anni, si parla di medicina sempre *più alterizzata*¹, slegata dalla dualità-alleanza. Intendendo con ciò un'impostazione piuttosto confessionale del rapporto di salute, quasi fosse un *minus valoriale*, veicolo di inutili provocazioni e pregiudizi, per questo definito "retaggio di un paternalismo², segno di deprecabile potere medico". E non, invece, in modo compiuto e virtuoso, come il superamento di un supposto ed arcaico potere, che, nella storia, ha avuto il giureconsulto, il filosofo, il politico, senza per questo doverne demonizzare la funzione e, ancor più, il profondo significato etico e virtuoso del loro agire. Paternalismo, non subdolo ed *insinuante revanscismo*³, di ippocratiche ed estemporanee frange di nostalgici, che si contrappone alle teorie professionalizzanti del sociologo Eliot Friedson²⁻¹³. A colui che è ha contribuito ad una visione non certo idilliaca del termine a lungo demonizzata nella seconda parte del secolo scorso ed ha agito per sancire la fine di quella da lui definita dominanza medica.

Rinascita medica nella deontologia

Il medico è uscito dal tunnel dell'autoreferenzialità nel momento in cui ha instau-

¹ Rif. Enciclopedia Treccani alterità s. f. [dal lat. tardo *alteritas* -atis, der. di *alter* "altro"]. – Nel linguaggio filos., il carattere di ciò che è o si presenta come "altro", cioè come diverso, come non identico; anche in espressioni della sociologia: a. culturale, diversità di tradizioni rispetto a quelle dominanti o autoctone.

² Rif. Enciclopedia Treccani https://www.treccani.it/enciclopedia/cambiamenti-nella-relazione-tra-medico-e-paziente_%28XXI-Secolo%29/ [...] Utilizzando categorie sociologiche, possiamo parlare della fine della dominanza medica, traduzione italiana dell'espressione coniata e diffusa dal sociologo delle professioni sanitarie Eliot Freidson nel 1970 con il testo *Professional dominance. The social structure of medical care* (trad. it. 2002). Freidson presuppone che l'interazione tra soggetti di livello culturale diverso sia resa possibile dalla partecipazione allo stesso processo sociale; in concreto, i medici si rapportano ai pazienti all'interno dei vincoli posti dal sistema finanziario e organizzativo in cui svolgono la loro attività professionale, mentre le persone che cercano aiuto lo fanno sulla base delle loro conoscenze e della loro percezione del problema.

³ Rif. Enciclopedia Treccani: Il termine deriva dal francese *revanche* ("rivincita"), che assunse particolare valore in Francia quando, dopo la sconfitta del 1870 e la perdita dell'Alsazia e della Lorena, sorse un movimento tendente alla rivincita nei confronti della Germania. Dopo aver ispirato un costume politico e una letteratura tesi a esaltare il sentimento nazionale, il movimento perse importanza con il superamento dell'isolamento diplomatico francese, rimanendo in vita solo presso i gruppi più accesamente nazionalisti.

rato la relazione col paziente pur nell'asimmetria dei saperi. Considerando, soprattutto, che l'inaccettabile posizione prevaricante sia stata ormai da lungo tempo abbandonata, lasciando il posto all'evoluzione in sé positiva della "relazione binaria" basata sulla fiducia, sul consenso attraverso la comunicazione compresa e fondata sulla stima reciproca. Non più su quell'anacronistico *ipse dixit possessivo*, retaggio di visioni arcaiche che proprio a partire dal secolo scorso non hanno avuto più albergo. Così da vedere gli aspetti, invece, positivi nel suo mutare nell'essenza e nella pratica, divenendo *valore* sul piano della relazione personale, con espressione nella vicinanza, sensibilità, umanità e dialogica⁴ comunicazione. Fattori espressivi del consenso e dissenso codicistici e, nella posizione di ascolto, della comprensione del dire e del fare. Dunque, della vera comunicazione articolata e adulta⁵ finalizzata al "pro bono" nel rispetto della dignità della persona⁶. Ci tocca particolarmente, a seguito di ciò, la distinzione fra lavoro collegiale⁷ e *rapporto di cura indiscutibilmente fiduciario e duale* che sta alla base della *relazione binaria medico paziente*. Quale rapporto evoluto fra esseri *senzienti* nel rispetto reciproco e della personale dignità in quanto persone, per stima accresciuta dall'autorevolezza e dalla compiutezza degli atti esigiti per competenze peculiari. Pur in quelle situazioni in cui i rispettivi ruoli siano differenti, ma trovino unitarietà nella funzione del dare e dell'avere, nella comunicazione del pensiero, nel sentire reciproco fortificato dal risultato alla luce delle *rispettive autonomie e non nelle eteronomie unilaterali*. Ciò, pur in un sistema integrato che sia intra-professionale, nella multidisciplinarietà, e interprofessionale, sul piano collaborativo e assistenziale fra professioni diverse e complementari. Di conseguenza ne deriva un aspetto di non secondaria importanza: *il valore dell'Atto e del Ruolo medico* di cui ne siamo stati sostenitori e portavoce, scrivendone i contenuti dell'originario articolo 3 del Codice del 2014. In esso, vedendone per opportunità modificato il titolo in "dovere del medico" dall'originaria dizione di atto e ruolo medico. Argomento da lungo tempo posto all'attenzione non solo ordinistica e trattato principalmente in tre convegni tematici di respiro nazionale, tenutisi a Parma nel corso di quest'ultimo decennio, in collabo-

⁴ Rif. dal greco *διαλογικός* (der. di *διά* "attraverso" *λόγος* "discorso") è la scienza che analizza e studia le modalità discorsive fra le persone attraverso il linguaggio semplice e naturale (o ordinario). Come scienza configura le situazioni rapportuali aderenti alla realtà che analizza e misura le interazioni discorsive tra gli esseri umani e permette l'adattamento espressivo fra le persone.

⁵ Rif. CDM art. 20 (Relazione di cura) e 35 (consenso e dissenso informato).

⁶ Rif. CDM art. 3 (Doveri generali e competenze del medico).

⁷ Rif. Al lavoro in gruppo con presenza di figure con diverse attitudini, competenze, ruoli e funzioni, di tipo multidisciplinare all'interno dello stesso ruolo, o multiprofessionale per distinzioni di ruoli, funzioni e responsabilità.

razione con la Federazione. Fortemente collegata è la cosiddetta questione medica, legata alle crescenti responsabilità, non sempre coerenti, e alla caduta della considerazione professionale, in quello che è stato definito il “crepuscolo del dovere medico” di conseguenza identificando la deontologia quale “*strumento efficace per una rinascita della professione*”⁸. In tutti questi lunghi anni non è stato, però, sufficiente parlarne così diffusamente anche nei nostri ambiti istituzionali perché si ottenesse il rispetto proprio della politica con recupero di considerazione e di riconosciuta funzione. Per di più, i tempi ultimi sono stati segnati, da contrapposizioni ideologiche, funzionali piuttosto a scelte politiche non sempre comprensibili. Infatti, nel limitare le funzioni del medico con il tentativo di assegnarle alle professioni sanitarie, nel nome del loro sviluppo professionale, di fatto si è attuato un improprio passaggio di compiti tipici della *mission* medica con *l’uso disinvolto del task shifting*.

Bioetica- biodiritto e giuridicizzazione

Nel proseguo dell’analisi, un altro degli aspetti cruciali ha riguardato i rapporti fra medicina, giurisprudenza e diritto che ci riportano addirittura a fine ‘800, alle posizioni di Cesare, Marco Ezechia, Lombroso⁹, quando, parlando dei rapporti del diritto con la medicina, questi sosteneva la primazia proprio del primo, il diritto, sulla seconda, la medicina. Una posizione che, come marchio, ha segnato indelebilmente proprio l’evoluzione della medicina di quei tempi e della prima metà del secolo scorso, a conferma degli effetti di una lunga prevalenza del diritto nel comportamento professionale. Pur rilevando come l’ultima deontologia abbia segnato un punto a favore dell’indipendenza della professione sul diritto, anticipando proprio nel CDM quanto poi è stato trascritto sulle Leggi dello Stato. Sanità e diritto legati, pertanto, sul piano delle necessità e dei doveri: quest’ultimo (il diritto) meno incidente sulla relazione fra medico e paziente, pur condizionandola in ambito di responsabilità e, per certo verso, rendendo incerto l’agire del medico che opera non certo serenamente, avendo sulla testa la spada di Damocle della punibilità dell’errore medico,

⁸ Rif. Atti Convegni di Parma: il Crepuscolo del dovere fra Etica e Giurisprudenza: una Deontologia forte per la rinascita della professione, 26 ottobre 2012, Convegno del 28-29 maggio 2010 “Atto e ruolo medico di fronte all’integrazione con le professioni sanitarie nell’ambito dell’assistenza a tutela del cittadino, ultimo Convegno del 19 novembre del ’21 dal titolo “Atto e ruolo medico dieci anni dopo”.

⁹ Rif. *Troppo presto, Appunti al nuovo progetto di Codice penale*. Flli Bocca Torino 1888, p.38, “bisogna aver la franchezza di portare nella scienza del diritto i fatti constatati dalla biologia, perché il diritto deve pur essere la norma della vita”.

ancor'oggi non depenalizzato. Ma anche dando indirettamente conferma di una volontà di giuridicizzare la medicina, che poco considera il valore del medico e della sua autonomia e la sensazione che si ha è che si mettano in discussione aspetti propri del professare, come la tutela della salute e della vita, quali atti finalistici¹⁰ della professione. Pur lasciando al medico l'esercizio dell'obiezione in talune situazioni inerenti alla salute e alla vita, cioè, in casi incidenti sulla sua coscienza, quale scelta autonoma dell'agire. Argomento, quello del comportamento in sintonia con la legge per atti contrari alla deontologia medica, che richiama la questione dei diritti e dei doveri in un postulato equilibrio tra osservanza imposta e autonomia professionale "secondo coscienza" col diniego all'agire, esplicitamente espresso dalla Corte costituzionale che ne ha riconosciuto il valore e la peculiarità nel suicidio assistito e nel fine vita¹¹. Aprendosi un dibattito che trova rispondenza, ad esempio, in certe posizioni espresse da autorevoli esponenti dell'ancor giovane biodiritto italiano¹². Una situazione che porta ad una "certa" contrapposizione fra bioetica e biodiritto che, di per sé, testimonia un rapporto non sempre idilliaco proprio fra pensatori ed esponenti della medicina e del diritto. Per certo verso, trovando giustificazione nella correlazione fra certe posizioni contrapposte del diritto e della medicina, a cui fa sponda una visione del medico considerata impropria, richiamandosi al concetto stantio ed estemporaneo del "potere" di cui è stato portatore, che rimane un'espressione di una cultura lontana del tempo e che ora suona inadeguata ed impropria, quale visione vetero paternalista della professione, riconoscendo il vero ruolo delle teorie del precedentemente citato Eliot Freidson¹³ e le motivazioni tutt'altro che nobili presenti nei

¹⁰ Rif. Enciclopedia Treccani: Finalistico... in generale, concezione filosofica per la quale la natura e il mondo sarebbero organizzati in vista di una o più finalità (che ne sarebbero quindi il principio esplicativo): il f. della filosofia greca classica contrapposto al fisicismo dei presocratici. In partic., f. biologico, concezione secondo la quale nei fenomeni biologici i processi vitali risulterebbero orientati a scopi funzionali e comunque non sarebbero spiegabili con il caso o con il determinismo meccanicistico.

¹¹ Rif. Sentenza CC 242/19 Secondo cui e condizioni richieste [...] per il "suicidio assistito" sono quattro: la persona che ne fa richiesta deve essere pienamente capace di intendere e volere, deve avere una patologia irreversibile portatrice di gravi sofferenze fisiche o psichiche, e deve sopravvivere grazie a trattamenti di sostegno vitale. [...] Considerazioni in diritto: 6- "Quanto, infine, al tema dell'obiezione di coscienza del personale sanitario, vale osservare che la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato".

¹² Rif. <https://www.recentiproggressi.it/archivio/3246/articoli/32161/>

¹³ E. Freidson, *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Franco Angeli – Eliot Freidson, professore emerito di Sociologia alla New York University, è autore di numerosi volumi sulla professione medica, tra cui *Patient's Views of Medical Practice*, *Doctoring Together*, *Profession of Medicine*,

suoi più celebri e citati lavori tesi a sminuire il ruolo e la funzione medica. Con cui ha indicato un *modus operandi* che trova compimento nel concetto di *dominanza medica* ancorché superata perché anacronistica e, per dirlo benevolmente, francamente modaiola, oggi sostenuta, più per onore di firma, e da una certa politica sanitaria delle regioni, finalizzata a scelte bypassanti il medico all'interno del sistema salute. Peraltro, portando avanti il valore di altre “professionalità” in senso lato; quale “terza logica”, come ideale di organizzazione del lavoro in cui l’opera del professionista è il tramite della risposta data dallo Stato alle necessità del “cittadino”¹⁴, aggiungeremmo noi, *indipendentemente dai ruoli definiti e dalle competenze reali e certificate dalla specificità della formazione superiore.*

One health

Correlato a tutto ciò è, però, il *valore della salute gestita dalle giuste e garantite competenze mediche*, rivista e declinata su un piano di principio più attuale, quale risultato dell’integrazione della definizione che ne viene data dall’OMS, dalla nostra Costituzione e in seguito alla Convenzione di Oviedo¹⁵. Nell’ambito dei diritti e doveri in tema di salute si è visto proporre in modo più estensivo quelle che ne sono le componenti e, soprattutto, le correlazioni esistenti fra i vari attori attivi e passivi ed il mondo che ci circonda. Ne è esempio la nuova visione One Health. Laddove la salute è “globalmente intesa”, quale bene assoluto da salvaguardare, attraverso un sistema multidisciplinare di collaborazioni e con azioni congiunte, trasversali ai settori di ricerca di riferimento, necessarie a far fronte alle sfide presenti e future in ambito sanitario. La

Professional Power tutti pubblicati dalla University of Chicago Press. Il suo lavoro si distingue per grande attenzione ai problemi di pubblico interesse, tanto da essere considerato un riferimento classico nello studio della sociologia della medicina e delle professioni.

¹⁴ Rif. In Freidson (2001) ha sostenuto che la professionalità è un tipo ideale di organizzazione del lavoro (o ciò che ha definito “una terza logica”), dove il professionista agisce come mediatore presiedendo gli interessi dello Stato o delle agenzie aziendali e servendo i bisogni del pubblico e le richieste dei pazienti. M. Calnan, E. Freidson, *Narrazioni sociologiche di professionalità e medicina moderna*, in F. Collyer (a cura di), *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, Palgrave Macmillan, Londra, 2015. https://doi.org/10.1057/9781137355621_19.

¹⁵ Rif. Convenzione di Oviedo firmata 4 aprile 1997, poi integrata da tre protocolli aggiuntivi: (a) un protocollo sul divieto di clonazione di esseri umani, sottoscritto a Parigi il 12 gennaio 1998; (b) un protocollo relativo al trapianto di organi e tessuti di origine umana, sottoscritto a Strasburgo il 4 dicembre 2001; (c) un protocollo addizionale riguardante la ricerca biomedica firmato il 25 gennaio 2005 a Strasburgo. https://www.treccani.it/enciclopedia/convenzione-di-oviedo_%28Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica%29/.

visione olistica *One Health*¹⁶, antica e al contempo attuale, rappresenta, perciò, un modello sanitario basato sull'integrazione di discipline diverse e sul riconoscimento che la salute umana, dell'animale e dell'ecosistema siano indissolubilmente legate. *Quale strategia rilevante in tutti i settori che beneficiano della collaborazione tra diverse discipline (medici, veterinari, ambientalisti, economisti, sociologi etc.)*. Quasi a dire, con uno slogan all'insegna della sensibilità e della colleganza: *“ad ognuno la sua arte di cui agli altri ne fa parte e tutti insieme ne fanno arte”*. Una visione riconosciuta ufficialmente dal Ministero della Salute italiano, dalla Commissione Europea e da tutte le organizzazioni internazionali.

In questo così ampio contesto, la vera incognita è, però, come adattarsi al nuovo, relativamente agli ambiti di competenza e di responsabilità, per cui è opportuno comprendere fino a che *punto si spersonalizzerà il medico e la persona assistita, o s'intreccerà il diritto con l'agire medico e con l'innovazione*. Ma, qualora il discorso si sposti su aspetti politici ed economici, occorre comprendere quanto incideranno i costi e le politiche stesse per raggiungere il *gold standard* di salute e quanto saranno adeguati gli interventi, che, per il medico, si coniugano con quel saper essere, che è espressione e conseguenza del sapere e del saper far, nella consapevolezza della necessità di apprendere con la continua formazione e aggiornamento all'insegna del *sapere di non sapere* socratico¹⁷.

Innovazioni tecnologiche e deontologia

L'evoluzione scientifica in ambito sanitario porta a considerare il discorso del valore pratico della deontologia, quale etica applicata alla professione, di fronte allo sviluppo ed al prorompente progresso tecnologico. E di quanto l'intelligenza artificiale (IA) possa aver preponderanza nella gestione della salute e nel rapporto di cura, non potendo parlare, in questo caso, di relazione macchina-paziente. Da una rapida analisi ci si rende subito conto di quanto, *“solo in apparenza sotto traccia”*, si sia sviluppata repentinamente l'informatica venendo allo scoperto una softweristica evoluta, d'ausilio se non veramente sostitutiva in certe funzioni del medico e che crea una molteplicità di riflessioni e domande. Basti pensare a come sia trasformato Internet¹⁸ dall'ideazione di *Tim Berners-Lee e Robert Caillau*, per arrivare alla sua presenza

¹⁶ Rif. <https://www.iss.it/en/one-health>.

¹⁷ Rif. Platone: fra l'altro... “Apologia di Socrate” 20, 55.

¹⁸ Il World Wide Web (Internet) nasce nel 1989 ad opera di Tim Berners-Lee e Robert Caillau ricercato-

dominante nella quotidianità, e in certe operazioni, soprattutto degli smartphone. Alle iniziali novità di Internet si sono sommate le avveniristiche, per allora, funzioni di *IPhone – IPad fin degli anni fino al 2010-2014: due lustri e più di sviluppo per arrivare fino alle ChatBot¹⁹ usate in medicina (es. *Babylon Health*) con una valutazione ad oggi, anno 2022, di un progresso irrefrenabile che si vuole non fuori controllo e con i dubbi derivanti proprio dallo sviluppo dell'IA entrando prepotentemente nel futuro delle innovazioni sempre più performanti. Ritornando sull'uso del Chatbot, a parte il significato e la sua funzione nell'intermediazione di salute e di prima risposta ai quesiti dei cittadini britannici, ci si chiede fino a che punto in sanità possa avere un *valore compiuto e, tale metodologia, essere considerata una vera necessità*. Come pure capire quanto si possa entrare nella dimensione dell'atto Tech-medico e quanto sia attuale e aggiornabile questo rapporto, considerando, per quanto è dato sapere, che i passi in ambito informatico sono talmente veloci da abbreviare fortemente i tempi così da farci ben dire, confermandolo, che il *futuro è già ieri*. Superati come si è nell'autostrada della scienza dall'informatica che corre sempre più veloce sulla corsia di sorpasso, passando dai chip ai microchip di Faggin²⁰, alla algoritmica avanzata che è alle fondamenta della ChatGPT, valutandone i possibili limiti e le estensioni, ora non del tutto conosciute, seppur ipotizzate nella loro grande potenzialità.*

In tutto ciò il convincimento e la conferma di come il futuro avanzi con sfide del quotidiano e segni il procedere del medico nella post-modernità, proprio parlando di algoritmi, di 5-6 G, di IA e metaverso, fino al sistema quantistico in questo fine anno 2022 e, soprattutto, facendo presagire continui e più importanti sviluppi in ambito della ricerca settoriale.

ri del CERN di Ginevra, che proposero il progetto di un software per scambiare informazioni e documentazioni elettroniche, indipendentemente dalla piattaforma in uso, a nessun costo, lasciandopassare per utilizzarlo.

¹⁹ <https://www.oracle.com/it/chatbots/what-is-a-chatbot/> Fondamentalmente, per chatbot s'intende un software che simula ed elabora le conversazioni umane (scritte o parlate), consentendo agli utenti di interagire con i dispositivi digitali come se stessero comunicando con una persona reale.

²⁰ F. Faggin, inventore del microchip e del touchscreen, il primo italiano presente nella walk of fame dell'informatica. Nel "Irriducibile. La coscienza, la vita, i computer e la nostra natura" pubblicato nel 2022 ha proposto una teoria sulla coscienza secondo cui sarebbe un fenomeno puramente quantistico, unico per ciascuna persona in base al teorema di non clonazione quantistica, per cui non è riproducibile, cosicché nessuna macchina potrà mai ricrearla per cui non si può ridurre a meccanismi e permane immutata anche dopo la morte corporea. La teoria D'Ariano-Faggin si basa sugli studi di Giacomo D'Ariano fisico teorica dell'Università di Pavia, a capo del gruppo QUIT (Quantum Information Theory) che rifondano la teoria quantistica su principi informativi.

Le sfide nel sistema-IA

Le sfide si susseguono relativamente alle macchine evolute, che apprendono e computano in modo straordinariamente veloce, divenendo strumenti importantissimi nel quotidiano della vita normale ma anche sanitaria, in un rapporto binomiale, da una parte, fra medico-macchina (*con il suo governo sulla macchina*) e il paziente e, dall'altra, fra macchina (*che governa e orienta il rapporto*) e il medico col paziente. Incidente fondamentale sulla relazione *binomiale*, “umana e reale”, fra medico e paziente: con personalità riconosciuta agli attori “animati”, ma non certo alla macchina, quale ipotizzato mezzo o strumento d'efficacia nella diagnosi e nella cura. Richiedendo una prima riflessione se *l'uomo* medico governi, o debba governare, la macchina o da questa ne sia governato. In un susseguirsi di pareri e teorie di pensatori, più o meno disincantati, con uno sguardo su valori e interessi, per cui accorrerebbe porre attenzione a quanto viene riferito a Edgar Morin. Egli, nel suo ragionamento, considera l'IA uno strumento costoso e per pochi in grado di far invecchiare precocemente la medicina, come se ci fosse l'azione di una *pars destruens e costruens*²¹ in un sistema che annoveri la complessità e in un momento in cui - come in caso proprio della nuova medicina e della realtà IA-correlata - “*il transumanesimo riprende i concetti attuali della tecnica, dell'informatica, dell'intelligenza artificiale per creare un uomo cosiddetto immortale che dominerà il mondo e i pianeti*”, così da considerarlo una follia!”²². In un sistema che tiene conto dei profitti e, come tale, con i problemi connaturati all'essere veicolo di spese, è pur sempre fonte di disequità. Il susseguirsi di visioni, talvolta contrastanti sul piano dell'ottimismo o del pessimismo, porta a considerare la posizione di Brad Smith, presidente di Microsoft, che vede nell'IA, lo strumento per raggiungere sempre più alti traguardi nella lotta contro le malattie, addirittura presagendo la sconfitta non molto lontana del cancro. O posizioni come quelle di Walter Ricciardi, epidemiologo dell'Università Cattolica, secondo cui l'IA si correla “fortemente” al business delle grandi Holding (Amazon, Berkshire Hathaway, JP Morgan) che, proprio attraverso di essa, instaurano un rapporto diretto con cittadini e medici attraverso la *disintermediazione*

²¹ Rif. Colloquio con E. Morin da *Pensare la complessità per un umanesimo planetario - Saggi critici e dialoghi* di E. Morin con G. Zagrebelsky e G. Vattimo.

²² Rif. Intervista E. Morin: L'illusione dell'uomo “aumentato” 05/10/2021 <https://www.lagone.it/2021/10/05/edgar-morin-lillusione-delluomo-aumentato/> “Oggi non bisogna fare l'uomo aumentato ma l'uomo migliorato, a partire delle risorse buone che ha in sé. Non siamo ancora a questo punto. La coscienza della comunanza di destino sarebbe un elemento fondamentale per andare verso un altro mondo perché, a quel punto, le nazioni potrebbero federarsi e si potrebbe giungere a quello che è un sogno, ma possibile, ossia la pace sulla terra”.

delle catene distributive dei farmaci o anche dell'assicurazione in ambito sanitario. Il tutto con evidenza di una matrice comune che si riscontra proprio nell'obiettivo non certo celato del profitto, frutto di un'economia molto florida come quella correlata al Tech System. Ritornando al pensiero espresso da Brad Smith non è singolare pensare che proprio Microsoft, che controlla OpenAI, abbia rilasciato *ChatGPT3* che, al momento – pur in attesa di ulteriori ventilate novità – *costituisce una rete neurale avanzata*, proiettandoci in un futuro particolare. Uno scenario, quello che si delinea, che porta a pensare che stiamo vivendo oggi non il futuro, bensì l'ieri *tecnologico*. Con la conferma ancor più che ad essere declinato sia il futuro non già prossimo, ma remoto e passato. Ed oggi ChatGPT è.... rete di “magia”. Non semplice scoperta, ma oggetto di “pensieri”, anche di cattivi pensieri. Che fa prospettare un'evoluzione poco controllata del sistema, appunto di magia, e di una *incondizionata e poco trasparente* evoluzione della ricerca informatica. Ne sarebbe testimonianza quanto accaduto ad uno dei tecnici accreditati di Google, l'ingegnere Black Lemoine il quale, preoccupato per il valore “umanizzato” dell'interlocuzione con il software da lui curato, si è visto costretto, allarmato e in crisi di coscienza, a diffondere i contenuti del colloquio con il software che era tenuto a controllare e che pareva, forse, sfuggirgli di mano, da cui la decisione della holding, maturata nel suo licenziamento. A conferma non della violazione di una scoperta posta sotto brevetto, quanto espressione *dell'alea di mistero* che pervade la ricerca informatica e che taluni non vogliono certo far rilevare. E ciò fa pensare...

L'impersonale tecnologico

L'uso delle *app* e dei social in medicina è un tema, anch'esso, da valutare in dettaglio, per i risvolti e le conseguenze non sempre positive che ne derivano, peraltro, tenendo conto, proprio dei possibili limiti da uso improprio. Come esempio di alteranti opinioni è quanto accade nel Servizio sanitario britannico (NHS) con accesso da parte dei fruitori all'App Babylon Health²³, messa a disposizione da fornitore digitale privato, per un'assistenza primaria senza medico-persona fisica. L'obiettivo è ottenere risposte elementari in tema di salute senza dover avere un rapporto diretto e fisico (in presenza) col medico. I rilievi sono diversificati fra pareri positivi e negativi legati alla garanzia, comunque, di un servizio in supplenza di un'organizzazione

²³ <http://classonline.org.uk/blog/item/babylons-health-app-puts-patients-at-risk> - <https://www.babylonhealth.com/en-gb>

probabilmente inadeguata o per scelta, per ragioni di finanziamento, ovvero a giustificazione di un risparmio sull'assistenza primaria. Una scelta che teoricamente, secondo la nostra cultura, non sarebbe condivisibile sul piano delle garanzie. A parte queste considerazioni e senza entrare nelle motivazioni di quel paese, si ritiene che una valutazione a distanza non rappresenti certo la soluzione ottimale per i problemi di salute, eccetto in particolari, straordinarie e complesse situazioni. Ma porta ad *“accreditare l'impersonale che diventa personale in quella dimensione che ho definito virrealtà²⁴ e allontana il medico e paziente dal necessario ed auspicato rapporto di fiducia non consentendone l'evoluzione in relazione vera”*: questa, invece, basata sulla conoscenza e non solo sulla consuetudine, con riverbero positivo sulla salute e con, alla fine, un oggettivo risparmio sulla spesa sanitaria. Ciò, nonostante un'iniziale soddisfazione per le risposte più semplici ai quesiti di salute date dal risponditore *“inanimato”* nella *simbiosi tra virtuale e reale*, per cui tale sistema non può, in ogni caso, sostituire il medico. Anche, pur col possibile ricorso ad un consulente esterno che si associa *“allo strumento informatico”*, al sistema si assegna il compito del triage, consentendo una scelta prescrittiva medica impropria²⁵ o di prenotare una successiva visita *“de visu et de facto”* dal medico se inefficace la risposta, prima, data. Il tutto in un sistema che non può certamente considerarsi completamente tutelante né, per l'appunto, esauriente. A parte la considerazione della facilità di risposta ottenuta attraverso l'IA. Per cui è lecito domandarsi quanto le *“App in genere”* daranno risposte in situazioni più serie di salute e sarà necessario capire quanto in prospettiva influiranno sull'intero sistema economico; o quanto incrementeranno l'autodiagnosi, o l'acquisizione trolls* devianti²⁶ o diventeranno volano di spesa sanitaria non sempre incidendo positivamente sulla salute. In prospettiva, ponendo dubbi anche su quale potrà essere la relazione medico-paziente. Sicuramente incideranno negativamente sulla relazione storicamente intesa, in modo superiore rispetto alla telemedicina che rappresenta un'articolata *“relazione visiva e uditiva”*, bisensoriale invece che quadrisensoriale, attraverso monitor, computer, smartphone, accettabile ed efficace in situazioni di necessità. Ma certamente non sostitutiva, neanche questa, del medico *“in presenza”*, ma anch'essa non auspicabile nella costante ed esclusiva valutazione in sostituzione proprio della visita medica

²⁴ Rif. P. Muzzetto, Convegno Parma 16-17 giugno 2023. Il medico e la medicina del terzo millennio al passo con l'innovazione in una *“medicina etica”*. Simbiosi fra Virtuale e reale indicante il virtuale nel reale che smaterializza il rapporto al *“bisensoriale”*: due soli organi di senso utilizzati, la vista e l'udito, in un contatto impersonale che diventa nella prassi componente reale di riferimento, però, occasionale.

²⁵ Rif. <https://www.babylonhealth.com/en-gb>.

²⁶ Rif. [Troll in Internet intesi come messaggi irritanti, fuorvianti ed errati.](#)

ovvero di un rapporto diretto, fisico e umano col paziente. Un rapporto, pertanto, ibrido e occasionale, limitato alle necessità oggettive e non una relazione esclusiva e sostitutiva, intermediata dalla macchina. Come tale distanziante e comunque impersonale, svuotata dalle humanities che la vicinanza stimola, evidenzia ed esalta, ma utile se opportunamente gestita. Da cui i ragionamenti aperti se si optasse per un sistema di IA tipo Chatbot (Babylon Health fondamentale elemento di risposta medica di base nel NHS²⁷⁻²⁸) in cui prevale la capacità di connessione e trasmissione di dati correlati, attraverso l'algoritmica, in un sistema di *correlazione* non solo con i sanitari. Se inserissimo il sistema anglosassone nella nostra realtà, dovremmo fare una riflessione ancor più articolata. Infatti, per come è strutturato il sistema, si abilita un "triage cibernetico e, oltre a dare prime risposte ai quesiti di salute, si costituisce di fatto una sorta di *"punto per codici bianchi virtuali"*, ovvero di casi di minor importanza clinica, continuativo e sempre operativo. A ben pensare, l'articolato di interventi che, prevedono il sistema informatico ed anche l'opera di medici, quest'ultimi chiamati ad intervenire in seconda battuta su richiesta esplicita del fruitore, connota un sistema che bypassa in origine il medico di fiducia, o di famiglia, con una sorta di *task shifting* non solo virtuale nell'assistenza primaria. Come è intuitivo, *Babylon Health rappresenterebbe un sistema calmierante le prestazioni medico-sanitarie e per questo diviene una fonte di risparmio sanitario, per quanto solo apparente*, soprattutto nel settore primario dell'assistenza, con riverbero in termini d'efficacia di sistema.

Etica e IA

Prescindendo da questi importanti aspetti, l'avvento della tecnologia apre scenari nuovi ed importanti. Come significativi e non trascurabili sono i molteplici risvolti in ambito sociale e sanitario che ci riportano alla "vexata" questione medica, con i dubbi che ne conseguono da parte di chi già oggi utilizza in medicina l'IA non governandola e non sfruttandone in positivo le grandi potenzialità. Da cui una serie di legittimi interrogativi: se il rapporto medico-paziente sia una semplice e fredda "relazione di cura"; o se il medico, chiamato a valutare a distanza, perda di vista il

²⁷ Rif. P. Benanti, *Etica Bioetica Tecnologia*. Blog <https://www.paolobenanti.com/post/2019/01/14/babylon-health>.

²⁸ Rif. Come in Austria e in Italia, anche in Gran Bretagna esiste un'assistenza medica universale (Near universal health care coverage). Il National Health Service (Nhs), a partire da Beveridge (1948), è finanziato mediante tassazione statale.

malato in un rapporto mediato dalle macchine; o anche se le macchine, IA correlate (come sistemi-IA), non garantiscano quella sicurezza necessaria che non deriverebbe dall'analisi dei dati utilizzati (big data²⁹), oggi incontrollati e non verificati. Aprendo la strada alla necessaria verifica da porsi all'atto dell'acquisizione di questa miriade di dati, onde eliminare ogni possibile errore di valutazione e di campionamento. Rilievi che sono gli ennesimi segnali del "possibile" declino della professione medica, qualora lo sviluppo del virtuale fosse incontrollato e se ad esso non venisse dato il giusto valore. Perciò, si ravvisa la necessità, come andiamo dicendo fin dagli albori dell'IA, di dare il giusto ruolo all'etica ed alla deontologia, in questo riferendosi al medico, nel turbinio evolutivo ed ipertecnologico della medicina, considerando fondamentale la Cyberetica ed il governo ragionato dell'AI. Lo snodo cruciale rimane, pertanto, la risposta che dev'essere data alla domanda che ne risulta pregiudiziale per il futuro non solo in medicina: governare o essere governati dall'IA? Tornando col pensiero all'esperienza recente, al convegno e alle interessanti relazioni che hanno spaziato nei vari campi dalla scienza al diritto, dalla professione alla bioetica è così via, si ha materiale importante per iniziare a capire quanto poi sarà trasposto nel nuovo CDM portando ad un'ulteriore riflessione interna in CND.

Il nuovo CDM

È lecito, però, domandarsi in quale forma verrà redatto il codice, partendo dalla domanda preliminare: quale tipo Codice ci si aspetta? Da cui ne deriva una valutazione di merito e di metodo che presuppone la risposta ad una serie di domande correlate. Ovvero se occorra un nuovo elaborato di norme attualizzate e, perciò, sia da riscrivere in toto. Oppure se vada rivisto in alcune delle sue parti, perché ritenute non coerenti coi tempi e con l'evoluzione della professione: dunque, se sia da riscrivere parzialmente o solo da correggere procedendo ad un semplice maquillage. O ancora, in alternativa, debba ricalcare quanto scaturirà dai gruppi di lavoro che si andranno a costituire e dai contributi odierni, definendo un nuovo Codice aperto all'esterno, dovendo di conseguenza adattarlo alle proposte intervenendo sulla struttura o nell'articolato dei titoli codicistici. Non di poco conto è l'esigenza che viene dall'interno della professione (Ordini) di avere a disposizione uno strumento della

²⁹ Rif. D. B. Laney cui si fa riferimento per l'origine e termine Big data come li definì in un report del 2001, definendoli "un modello di crescita tridimensionale basato su 3V, cogliendo il "trend" di una crescita esponenziale dei dati come volume, velocità di generazione e varietà. <https://www.douglasblaney.com/>.

professione e per la professione; che mantenga la sua funzione, anche di anticipatore di Leggi, come è sempre stato negli ultimi decenni, *ma non frutto della “giuridicizzazione della professione”*. A maggior ragione, se si parte dalla considerazione che l’odierno codice ha un ruolo etico rilevante nell’empireo *“lucente dell’intelletto sanitario”* a livello internazionale, non vi è motivo perché ne sia snaturato. Men che meno per interessi diversi dal ruolo e dalle peculiarità dell’agire medico, sempre finalizzato alla tutela della salute e della vita, dei singoli e della collettività, rispettoso, com’è, della persona e della Costituzione di cui ne incarna fedelmente i principi. Un CDM che sia per i medici e dei medici ed a tutela della missione a cui sono chiamati nel “servizio” che dev’essere indubbiamente riconosciuta e rivalutata.

Nella disamina delle problematiche della professione e dei risvolti sociali che ne derivano, un posto di rilievo viene ricoperto dallo sviluppo delle tecnologie in ambito sanitario e nella professione agita, cui ne deriva il tema del *conflitto d’interesse nell’uso e nella fruizione delle tecnologie stesse*. Reso ancor più attuale dalla necessità di essere al passo coi tempi e di avere a disposizione mezzi per una risposta sempre più positiva in ambito di tutela della salute. A maggior ragione con l’uso sempre più esteso della telemedicina che evidenzia la necessità di una valutazione etica all’interno delle comunità medica con lo sguardo rivolto alle nuove generazioni di medici. Dovendo trovare nel CDM risposte e indicazioni di “principio e di tutela”, dunque di comportamento e orientamento, di fronte all’indeterminatezza delle responsabilità del “nascente diritto” in merito ai rapporti, cioè, tra medicina, medico, sistema sanitario e IA; oppure dell’uso dei big data e big money (nel campo di finanziamenti e conflitti), in cui, anche marginalmente, il medico può aver parte; o, anche, delle responsabilità, riguardo aspetti non secondari come la valutazione dei rapporti o indipendenza dalle macchine e dai software autogestentesi. Un codice che, peraltro sia in sintonia con la normativa vigente, riguardo la peculiarità riconosciuta del comportamento etico e deontologico³⁰.

CDM e dovere/diritto prevalente

³⁰ Rif. L.3/2918 capo II art. 4 c. 1 Capo I art. 1 c3 lett. c) (degli Ordini e delle professioni sanitarie): “promuovono e assicurano l’indipendenza, l’autonomia e la responsabilità delle professioni e dell’esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell’esercizio professionale indicati nei rispettivi codici deontologici, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva”.

Nel trattare e definire il codice quale scrigno delle norme del comportamento medico, questo assume ad “strumento di mediazione” tra tradizione medica e futuro della professione, col delineare gli aspetti etici dell’agire, ovvero le regole del professare. In questo senso, il medico in quanto attore, è parte attiva del cambiamento in senso etico, nel senso dell’innovazione e del suo governo. Lo stesso codice diventa il volano del riconoscimento di una ritrovata autorevolezza medica ma anche del chiarimento del valore della prestazione professionale in chiave di responsabilità nell’errore medico in ambito, anche e non solo, di utilizzo della tecnologia. Si delinea, perciò, un sistema particolarmente complesso, in cui è sempre più evidente, anche in proiezione, la trasposizione del virtuale nel reale (in un rapporto simbiotico, definito in precedenza virreale³¹) con ambiti di azione e di governo sempre più sfumati che richiedono una valutazione attenta sotto la lente dell’etica.

Elementi d’analisi che sono in ogni caso utili per la redazione del Nuovo CDM, riguardano gli aspetti relativi al bilanciamento dei doveri e dei diritti anche a livello interprofessionale e, particolarmente in ambito della relazione con l’assistito. Parlando dei doveri e dei diritti del medico, i secondi sono poco considerati nella norma codicistica, e da ciò nasce l’auspicio di veder garantita una professione senza che prevalgano pensieri e paure. Con la richiesta di poter fare fino in fondo il proprio dovere, in tutta serenità per la consapevolezza di vivere nell’alveo della deontologia e di rispettare la legislazione vigente. Nel profondo convincimento il rispetto della norma etica applicata (la deontologia) sia il viatico per incidere positivamente sulla medicina difensiva, ben poco diminuita dopo la L.24/17³², dimostrandone la sua parziale efficacia.

Nel parlare di nuovo CDM sotto il profilo dei doveri e dei diritti non va certo trascurato il diritto “prevalente” di essere e di fare il medico rispondendo ai requisiti non solo della tradizione. Certo è, che il CDM deve essere rivalutato semplificato affinché la norma deontologica sia letta sotto il profilo disciplinare in caso di mancato rispetto dei principi enunciati, oltretutto come norma etica che a ben vedere coinvolge, e lega nella considerazione, anche la società. Ciò per il fatto che la collettività trae vantaggio in termini di salute dall’operato del medico e ne acquisisce responsabilità, consentendone e favorendone l’agire: una responsabilità, dunque condivisa, del medico e della società. Ciò toglie di mezzo ogni altra valutazione fra “opinionisti

³¹ Rif. *Idem* nota 9.

³² Rif. Alla c.d. Legge Gelli Bianco del Rischio clinico e della responsabilità medica e delle altre professioni sanitarie (definite esercenti le professioni sanitarie).

deontologici dalle molteplici formazioni culturali” che vogliono il codice con ridotta evidenza degli enunciati etici della professione, in cui prevarrebbero soprattutto gli aspetti della responsabilità medica. O, viceversa, solo un enunciato di principi etici generali. Ma il CDM va oltre questa visione in un equilibrio fra principi e regole di comportamento in un bilanciamento fra doveri e diritti.

Diritto a fare il proprio dovere

Un richiamo particolare viene fatto col dover rimarcare la declinazione del principio del “*diritto ad esercitare i propri doveri*” come nel caso, emblematico, del rispetto dell’art. 20 del CDM vigente, peraltro richiamato dalla Legge, quando declina ineludibilmente il diritto della persona assistita ad una compiuta, esauriente, compresa, comunicazione quale tempo di cura³³, che è, al contempo, un dovere per il medico e un diritto non solo esclusivo della persona assistita, in qualunque ruolo si rivolga al medico e non solo se malata³⁴: perciò, un diritto condiviso da entrambi gli attori della relazione. Un articolo che, anche da un punto di vista giuridico, impone un’attenta valutazione per le implicazioni degli assetti lavorativi che non sempre, o raramente, consentono il rispetto della norma, sia deontologica sia legislativa. Un principio peraltro essenziale nella relazione di cura e nella generazione del consenso *davvero* informato. Con ripercussione sul piano delle responsabilità del medico dovute a carenze altrui o, più precisamente, di sistema rendendo la norma stessa estemporanea e irrealizzabile il suo rispetto. Ma che dà la stura al rilievo di altre manchevolezze di tipo normativo ed economico nel sistema sanitario³⁵, in cui il medico non è che spettatore inerme, se non succube. Indubbiamente l’impossibilità di adeguare una comunicazione esauriente alle necessità incide sul piano professionale e comporta rilievi etici. Ma non solo: non rispettando il CDM si configge contemporaneamente

³³ Rif. CDM art, 20 Relazione di cura; L.219/17 art.1 comma 8, Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”.

³⁴ Rif. Enciclopedia Treccani: (per estenso) assistere v. intr. e tr. [dal lat. assistere, comp. di ad- e sistere, propr. “stare accanto”] (pass. rem. assistei o assistetti, ecc.). – 1. intr. (aus. avere). Essere presente allo svolgimento di un fatto: a. alla lezione, alla cerimonia, alla messa, a una rappresentazione, alla proiezione di un film, a un colloquio. 2. tr. Stare vicino a una persona per offrirle appoggio e aiuto, o per coadiuvarla e darle la propria collaborazione nella sua attività, o comunque per giovarle materialmente o moralmente.

³⁵ Rif. Situazione normativa e lavorativa nel SSN: riguardante la limitata dotazione medica in rapporto alle reali necessità per logiche di economia/economicismo sanitario legate al definanziamento sanitario, rispetto alle reali esigenze di salute del cittadino.

te con la normativa vigente³⁶, con risvolti tali da rendere particolarmente delicate certe posizioni. Per quanto, sul piano della responsabilità in senso lato, la condizione organizzativa e l'inefficienza del sistema e della struttura possano costituire una "condizione esimente" per il medico e, di fatto, ciò non va però in deroga alla norma deontologica³⁷. Laddove non vi siano ragionevoli motivi che possano escludere la volontarietà dell'agire del medico, per l'indipendenza di giudizio e del procedimento disciplinare, potrebbe aversi una valutazione ordinistica differente da quella della magistratura ordinaria. Da cui deriverebbero, per assurdo, risvolti talvolta non semplici all'interno del sistema di gestione della salute.

Il medico fra caso concreto e LG

E come considerare la persona malata – troppo spesso assimilata alla malattia – improvvidamente assunta a "caso concreto" quando si devono applicare in situazioni critiche quelle LG, retaggio anch'esse di anomala considerazione derivante da una non coerente interpretazione della L.24/17. LG che dovrebbero allo stesso tempo tutelare il paziente e il medico che le applica, definendo in questo modo il suo buon comportamento professionale, quale esimente nel giudizio in caso di errore o esito sfavorevole. Il vero problema sta proprio nel fatto che le LG rappresentano una contraddizione nei termini, e, per loro stessa definizione e costituzione, non sono altro che "consigli metodologici" da "modulare" sulle singole patologie riscontrate e, soprattutto, sulle reali necessità cliniche dell'assistito. Non sempre, però, così interpretate dalla magistratura ordinaria e, talvolta, di legittimità. Come pure, contraddicendo l'interpretazione di qualche autorevole politico che aveva votato la Legge, esse non sono assolutamente leggi univoche dell'ars medica. Lo sforzo fatto nel precedente CDM per far capire che il malato è ancor prima persona, nella fattispecie assistita, richiede lo sforzo alla magistratura di adeguare la semantica con una rivalutazione del poco credibile *caso concreto* con la più rispettosa "*manifestazione clinica della persona assistita*", peculiare perché si tratta "della persona per giunta malata". Al di fuori di

³⁶ Rif. CDM art. 20 Relazione di cura e L.219/17 art1 c8.

³⁷ Rif. CDM art.4 c3, Libertà e indipendenza della professione. Autonomia e responsabilità del medico: Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura. CDM art.21 - Competenza professionale: il medico garantisce impegno e competenze nelle attività riservate alla professione di appartenenza, non assumendo compiti che non sia in grado di soddisfare o che non sia legittimato a svolgere.

richiami semantici la scelta clinica che giustifica la diagnosi, la terapia e le condizioni del paziente determinano l'approccio diagnostico e terapeutico appropriato da cui l'applicazione dei *consigli* presenti nelle LG, talvolta come sintesi di raccomandazioni di diverse linee guida, in caso di concomitanti e gravi patologie. Si parla, in questi casi, di approccio con ragionamento clinico, in cui a prevalere è la valutazione dei costi e benefici effettivi in termini di salute "reale", che determina una scelta di trattamento adeguato e ritagliato su quel singolo paziente. Una puntualizzazione doverosa nei confronti della persona assistita che fa comprendere l'uso proprio delle LG ed i livelli di responsabilità nell'utilizzo delle stesse.

Conclusioni

Osservando queste situazioni, e ragionando sugli effetti della tecnologia applicata, con nuove e ampliate responsabilità, viene da sé il richiamo alla consuetudine storica, alla moderazione espressa da quel monito "*in medio stat virtus*"³⁸ riportando al valore, sì del nuovo, ma non trascurando gli aspetti, senza dubbio positivi, derivanti dall'esperienza del passato. In cui, in quest'era all'insegna dell'informatica, anche il vecchio modo di fare il medico non smentisce il concetto che la forma, ovvero il come porsi e il come agire, rimanga "vera" sostanza. Una risposta proiettata nel futuro... memori, in ogni caso, della storia della medicina che testimonia nel corso del tempo la necessità di mantenere adeguate risposte in tema di salute; ragionando e facendo tesoro degli errori; avvalorando la domanda del perché i medici non debbano pensare e tenere nel giusto conto la ricca tradizione della professione caratterizzata da quelle virtù antiche, ma al contempo attuali, che connotano le relazioni. Il che fa sponda a quel "*historia vero testis temporum, lux veritatis, vita memoriae, magistra vitae, nuntia vetustatis*"³⁹. Un rapporto speciale quello articolato della tradizione medica, divenuto relazione, che consente di dare valore al contatto umano affinché non si trasformi in una fredda rappresentazione scenica attraverso uno schermo, talvolta utile ma non esclusiva o esclusivizzata. Col richiamarsi alle *medical humanities* si valorizza l'essere medici e la persona debole, in quanto fragile ogni qualvolta cada nella malattia. Alla

³⁸ Rif. Sentenza della scolastica medievale che deriva da alcune frasi dell'Etica Nicomachea di Aristotele, esprimenti l'ideale greco della misura, della moderazione, dell'equilibrio: la virtù è nel mezzo, tra due estremi che sono ugualmente da evitare.

³⁹ Rif. [Cicerone](#), De [Oratore](#), II, 9, 36 "La storia in verità è testimone dei tempi, luce della verità, vita della memoria, maestra di vita, messaggera dell'antichità."

fine, quale medico, ci aspettiamo? Una domanda rituale a cui dover dare la più semplice delle risposte: un medico reale, una persona con valorialità e non mero dispensatore di salute, in grado di operare in autonomia e in onestà intellettuale che sappia fare sintesi dei saperi, adattati alla persona ancor prima che paziente. Dunque, autonomo per un'autonomia vera e nella sua dimensione intellettuale, “riconoscendogli” contenuti e valori, propri e peculiari, non delegabili. Così delineando un professionista “di pensiero e d'azione”, convinto dei principi di cui è portatore, evidenziando una spiritualità ed una cultura che identifica e corrobora il suo comportamento. Ovvero un medico giudizioso che impersoni il CDM, nel suo essere etico in quanto interprete della deontologia. Utopia? sogno? Invero, necessità. Per il medico e per la società. Coi grandi della filosofia, tornando al valore dell'etica e del raggiungimento dei valori della professione, il ragionamento ci porta alla conoscenza della verità, e giova ricordare una disputa fra Cartesio e Pascal⁴⁰, all'insegna del “vero” discettando fra l'infinitamente grande e l'infinitamente piccolo, attraverso lo studio scientifico della realtà naturale. Appunto, una realtà ricercata, naturale nell'interpretazione, soffermandosi su quegli aspetti che vedono nella liceità e nell'onestà intellettuale, nella continua ricerca, orientata alla beneficialità, la missione del medico; nella cura modulata sulla persona, nella preservazione e nella riconquista della salute, laddove prevalga la malattia, e del rispetto finalistico della vita il mandato imperituro del professore, quali elementi cardini del comportamento del medico fino ai nostri giorni e, si augura, del futuro rispettosi della natura umana e del valore d'essere persona. In cui è riconosciuto, non solo dal medico, il ruolo fondamentale della deontologia in questo “tempo delle macchine evolute”.

Pierantonio Muzzetto

Presidente Coordinatore la Consulta Nazionale Deontologica CND - FNOMCeO,

Presidente OMCeO di Parma, Docente di Etica, Deontologia Medica- Bioetica Università di Parma

⁴⁰ Rif. R. Descartes e B. Pascal. Ovvero fra Razionalismo Cartesiano, in cui la ragione è unico strumento di conoscenza e, quindi, mezzo per raggiungere la verità che si contrappone alla “Verità e conoscenza quali idee chiare ed evidenti del nostro intelletto.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri