



Etica e atto medico

Riflessioni e proposte

a cura di **FRANCESCA GAMBETTI**

UNIVERSITÀ

Etica e atto medico

Riflessioni e proposte

a cura di **FRANCESCA GAMBETTI**

prefazione di Antonella Polimeni
presentazione di Antonio Magi

UNIVERSITÀ

tab edizioni

© 2026 Gruppo editoriale Tab s.r.l.
viale Manzoni 24/c
00185 Roma
www.tabedizioni.it

Prima edizione luglio 2026
ISBN 979-12-5669-455-6
open access, licenza CC BY-NC-ND 4.0
DOI 10.36158/97912566945560

Indice

- p. 9 Prefazione
di Antonella Polimeni
- 13 Presentazione. *L'atto medico nel tempo della complessità:
una definizione necessaria per il futuro della professione*
di Antonio Magi
- 19 Introduzione. *Atto medico, filosofia e medicina: una alleanza
antica per sfide contemporanee*
di Francesca Gambetti
- Atto medico e deliberazione*
prima parte
- 37 *Comprendere il "perché" dell'atto medico. Salute e malattia
tra biologia e giudizi valoriali*
di Maria Cristina Amoretti
- 55 *Il giudizio clinico integrato e la deliberazione del medico*
di Antonio Da Re

- p. 73 *Atto medico: intenzionalità e responsabilità*
di Mario De Caro
- 83 *Il concetto di atto medico in relazione all'uso dell'IA in medicina. Profili dogmatici, responsabilità e bioetica*
di Gaetana Natale
- 99 *Atto medico, inaudalgia e ascolto trascendentale. Per una riformulazione fenomenologica della pratica clinica*
di Giovanni Scarafile
- Atto medico e prestazione professionale*
seconda parte
- 115 *I nuovi luoghi della professione. Spazio pubblico, spazio mediatico, spazio virtuale*
di Corrado Bibbolino
- 131 *Evoluzione dell'atto medico tra complessità delle organizzazioni sanitarie e uso delle Linee Guida*
di Velia Bruno, Gianfranco Damiani, Barbara Rossi
- 149 *L'atto medico nel fine vita*
di Marinella D'Innocenzo
- 161 *Atto medico e approccio "One Health"*
di Aldo Di Blasi
- 169 *L'atto medico nel Sistema di Emergenza Sanitaria. Integrazione, responsabilità e "governance"*
di Adolfo Pagnanelli

Atto medico e ricerca, formazione, organizzazione
terza parte

- p. 179 *La razionalità pratica della medicina. Fondamenti epistemici dell'atto medico*
di Silvia Iorio e Valentina Gazzaniga
- 195 *L'atto medico, la ricerca biomedica e la medicina sperimentale*
di Andrea Isidori e Maria Grazia Tarsitano
- 205 *L'atto medico tra salute, malattia, autonomia e prevenzione*
di Giuseppe Quintavalle e Dalila Ranalletta
- 215 *Atto medico e sostenibilità economico-finanziaria dei sistemi sanitari*
di Fabio Palazzo
- 231 *Definire l'atto medico. Dal presente al futuro della professione*
di Bruno Zuccarelli
- 241 *L'atto medico*
di Francesca Gambetti, Aldo Di Blasi, Corrado Bibbolino, Mario De Caro, Emidio Spinelli, Antonio Magi
- 247 *Autrici e autori*

Prefazione

Nel corso dei secoli, ogni epoca è stata chiamata a interrogarsi sulla professione medica. Questo accade non perché mutino i principi fondamentali della professione medica, ma perché muta il contesto scientifico, sociale e culturale entro il quale tali principi sono chiamati a tradursi nella pratica clinica. La medicina è una disciplina in continua evoluzione: le conoscenze progrediscono, gli strumenti diagnostici e terapeutici diventano sempre più avanzati e la ricerca, insieme all'innovazione tecnologica, apre nuove possibilità di cura e di prevenzione. Eppure, al cuore dell'atto medico resta l'incontro tra due persone, ciascuna portatrice di una propria prospettiva: da un lato chi affida al medico il proprio bisogno di cura, dall'altro il professionista che offre conoscenza, esperienza e responsabilità.

È questo il motivo per cui riflettere oggi sull'atto medico assume un significato che va oltre la definizione di una funzione professionale. Significa interrogarsi sul rapporto tra scienza e coscienza, tra innovazione e responsabilità, tra progresso tecnologico e dimensione umana della cura. Significa, soprattutto, riaffermare il valore di una professione che continua a fondarsi sul giudizio clinico, sulla relazione con il paziente e sulla capacità di assumere decisioni che non possono essere ridotte alla mera applicazione di conoscenze tecniche.

Non vi è dubbio alcuno che la medicina contemporanea disponga di strumenti straordinari. La diagnostica è divenuta progressivamente più accurata, la ricerca biomedica apre prospettive fino a pochi anni fa impensabili, la medicina di precisione consente approcci terapeutici sempre più personalizzati e *patient-centered*, mentre l'intelligenza artificiale si propone come supporto destinato a contribuire alla trasformazione dell'organizzazione dei servizi sanitari e della pratica clinica. Sarebbe tuttavia un errore interpretare questa evoluzione come un conseguente ridimensionamento del ruolo del medico. Al contrario, quanto più aumentano la quantità di informazioni disponibili e la complessità delle decisioni, tanto più diventa essenziale la capacità di interpretarle criticamente, contestualizzarle e tradurle in scelte appropriate per la persona concreta.

L'atto medico, infatti, non coincide con una procedura né con un protocollo "asettico". È un processo che integra evidenze scientifiche, competenze professionali, esperienza clinica, ascolto, conoscenza del contesto e attenzione ai valori della persona assistita. Ogni decisione richiede un equilibrio tra elementi oggettivi e dimensioni che nessun algoritmo può pienamente rappresentare: la storia del paziente, le sue aspettative, le sue fragilità, la qualità della relazione di fiducia che si costruisce nel percorso di cura. È proprio questa dimensione relazionale che continua a distinguere la medicina come professione. La relazione di cura non costituisce un elemento accessorio dell'attività clinica, ma il luogo nel quale il sapere scientifico trova il proprio significato. Senza fiducia, ascolto e condivisione, anche le migliori conoscenze rischiano di perdere efficacia. Per questo motivo la competenza tecnica e quella umana non rappresentano due dimensioni separate, ma aspetti complementari di una stessa responsabilità professionale.

Questa responsabilità non riguarda solo il singolo professionista, ma l'intera comunità medica. In questo quadro, gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri svolgono un presidio essenziale per la tutela della professione, della qualità dell'esercizio medico e dei principi etici e deontologici che ne definiscono l'identità. Attraverso la promozione della formazione continua, dell'aggiornamento delle competenze e della cultura della responsabilità professionale, gli OMCeO contribuiscono a garantire che l'evoluzione della medicina si accompagni a un impegno costante per la qualità delle cure e per la fiducia dei cittadini. In una fase storica segnata da profonde trasformazioni scientifiche e tecnologiche, il loro ruolo è centrale nel sostenere una professione capace di coniugare conoscenza, innovazione e attenzione alla persona.

Questi principi si riflettono anche nella formazione delle nuove generazioni di medici. In questo contesto, ad avere un ruolo fondamentale sono le università, che hanno il compito di trasmettere conoscenze scientifiche rigorose e competenze cliniche avanzate, ma anche di educare al metodo, al pensiero critico e alla consapevolezza del valore etico e sociale della professione. Formare un medico significa aiutarlo a comprendere che ogni progresso scientifico apre nuove possibilità, ma comporta anche nuove responsabilità; che l'innovazione richiede capacità di valutazione e discernimento; che la competenza non si esaurisce nel possesso delle conoscenze, ma si esprime nella capacità di applicarle con consapevolezza. In questa prospettiva, ricerca, didattica e assistenza sono dimensioni profondamente integrate. La ricerca alimenta l'avanzamento della medicina e rende possibili nuove strategie diagnostiche e terapeutiche; la formazione prepara professionisti in grado di interpretare criticamente tali progressi; l'attività clinica restituisce alla ricerca nuove domande e nuovi bisogni, mantenendo saldo il riferimento alla complessità della persona. Da questa relazione dinamica nasce

una medicina capace di innovare senza perdere la propria vocazione scientifica e umanistica.

Il volume che il lettore ha tra le mani offre un contributo significativo a questa riflessione. Lo fa evitando semplificazioni e affrontando l'atto medico nella pluralità delle sue dimensioni: filosofica, epistemologica, etica, giuridica, organizzativa e professionale. La ricchezza delle prospettive proposte dimostra come la complessità della medicina contemporanea richieda un dialogo costante tra saperi diversi, nella convinzione che nessuna disciplina, da sola, sia sufficiente a interpretare le sfide del nostro tempo. La storia della medicina insegna che il progresso non consiste soltanto nell'acquisizione di nuove conoscenze, ma nella capacità di utilizzarle per migliorare concretamente la vita delle persone. È questa la misura autentica dell'innovazione. Ed è anche il criterio con cui continueremo a valutare le trasformazioni che attendono la professione medica nei prossimi anni.

In conclusione, ripensare l'atto medico, dunque, significa riflettere sull'idea stessa di persona, di salute e di responsabilità che vogliamo promuovere. Perché la medicina continuerà certamente a cambiare, come è sempre cambiata. Cambieranno gli strumenti, le tecnologie, le organizzazioni, le possibilità diagnostiche e terapeutiche; ma rimarrà immutato ciò che ne costituisce il fondamento più profondo: la responsabilità di mettere la scienza al servizio della persona, custodendo, attraverso la cura, uno dei valori più alti dell'essenza stessa di una società.

Antonella Polimeni

Magnifica Rettrice Sapienza Università di Roma

Presentazione

L'atto medico nel tempo della complessità:
una definizione necessaria
per il futuro della professione

Abstract: L'atto medico nel contesto della complessità contemporanea, non è solo prestazione tecnica, ma processo relazionale, decisionale, etico guidato dal medico in quanto soggetto responsabile in maniera esclusiva della deliberazione clinica. Elemento cardine della definizione di atto medico proposta è la distinzione tra prestazione sanitaria (delegabile all'équipe) e deliberazione clinica (non delegabile). Le nuove frontiere della professione medica integrano attività formativa, educativa e di ricerca, e includono *governance* clinica, cure integrate, gestione delle risorse e uso responsabile delle tecnologie digitali, che supportano ma non sostituiscono il ruolo e il giudizio umano.

Introduzione

Il rapido mutamento della società, l'evoluzione tecnologica, le trasformazioni demografiche e l'emergere di nuovi scenari economici e culturali stanno ridefinendo in profondità il ruolo del medico e, con esso, il significato stesso dell'atto medico. In questo contesto, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma e Provincia ha ritenuto necessario promuovere una rifles-

sione strutturata e multidisciplinare, giungendo a una definizione aggiornata, coerente e operativa dell'atto medico, capace di orientare la professione nel presente e nel futuro.

1. Dalla medicina come arte alla medicina come sistema complesso

La medicina non è più soltanto l'arte della cura, intesa come ripristino della normalità biologica. Essa è oggi anche prevenzione, promozione della salute, tutela del benessere psico-fisico individuale e collettivo. Questo ampliamento semantico e operativo modifica profondamente la natura dell'atto medico.

Il medico opera in un sistema complesso, nel quale il paziente è soggetto attivo e consapevole, la conoscenza è condivisa e supportata da tecnologie avanzate, l'organizzazione sanitaria condiziona tempi, modalità e possibilità di intervento e l'intelligenza artificiale e la digitalizzazione ridefiniscono i luoghi e gli strumenti della cura.

Eppure, nonostante il progresso scientifico, la medicina non è ancora diventata una scienza esatta: resta un sapere fondato sull'incertezza, sull'esperienza e sulla singolarità del caso umano. È proprio questa dimensione che rende l'atto medico eminentemente etico. Al centro dell'atto medico resta la relazione tra medico e paziente. Essa non è un elemento accessorio, ma il fondamento stesso dell'agire medico. In questa relazione si incontrano autonomia professionale e autodeterminazione del paziente, responsabilità clinica e partecipazione consapevole.

L'atto medico non deve mai essere ridotto a una prestazione tecnica: è un processo relazionale, decisionale e morale.

2. La distinzione fondamentale: prestazione e deliberazione

Uno dei contributi più rilevanti del documento è la distinzione tra le due dimensioni dell'atto medico: la prestazione – ovvero l'esecuzione concreta di procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative o preventive – e la deliberazione, ovvero il giudizio clinico che guida tali azioni.

Questa distinzione è decisiva. La prestazione può essere, in determinate condizioni, condivisa o delegata all'interno dell'équipe sanitaria. La deliberazione, invece, è atto esclusivo, non delegabile e costitutivo della professione medica. È nella deliberazione che si concentra la responsabilità del medico: essa integra evidenze scientifiche, esperienza clinica, contesto organizzativo, valori etici e narrazione del paziente.

3. La definizione di atto medico

Alla luce di questo percorso, è possibile formulare una definizione chiara e contemporanea dell'atto medico:

L'atto medico è l'insieme delle azioni, dei comportamenti, dei giudizi e delle deliberazioni posti in essere dal medico, soggetto abilitato all'esercizio della professione, finalizzati alla tutela e alla promozione della salute e del benessere psico-fisico di individui e collettività. Esso si articola in tre dimensioni fondamentali: la prestazione sanitaria, eseguita direttamente dal medico o sotto la sua responsabilità; la deliberazione clinica, esclusiva e non delegabile, che comprende diagnosi, indicazione terapeutica e prescrizione; l'attività formativa, educativa, organizzativa e di ricer-

ca, che contribuiscono alla qualità e alla sostenibilità del sistema sanitario.

L'atto medico si fonda sulla relazione fiduciaria medico-paziente, è guidato da principi etici e deontologici e si realizza nel rispetto delle norme giuridiche e del contesto organizzativo.

4. Le nuove frontiere dell'atto medico

Ogni atto medico deve essere appropriato rispetto ai bisogni del paziente, fondato sulle evidenze scientifiche, proporzionato ai benefici attesi, svolto in condizioni di sicurezza e subordinato al consenso informato, che rappresenta esso stesso un atto medico non delegabile.

La responsabilità del medico non si esaurisce nell'atto tecnico, ma si estende all'intero processo decisionale e organizzativo. Il medico non è più figura isolata, ma perno di un sistema multiprofessionale. Tuttavia, la collaborazione non annulla le responsabilità: le integra. La *governance* clinica, la presa in carico dei pazienti cronici, l'organizzazione dei percorsi assistenziali e la gestione delle risorse sono oggi parte integrante dell'atto medico.

Le tecnologie digitali e l'intelligenza artificiale rappresentano un supporto fondamentale, ma non possono sostituire il giudizio medico. La decisione clinica resta umana, situata e responsabile. Il medico rimane il garante ultimo della correttezza, appropriatezza e sicurezza delle scelte.

L'atto medico si estende alla formazione dei professionisti, all'educazione sanitaria dei cittadini e alla ricerca scientifica. In un'epoca di disinformazione e complessità, il medico è chiamato anche a essere educatore e garante della qualità dell'informazione.

Conclusioni

Definire l'atto medico oggi significa difendere l'identità della professione e, al tempo stesso, governarne il cambiamento. Significa tutelare la centralità del giudizio clinico, garantire la qualità delle cure, preservare la relazione medico-paziente, orientare le politiche sanitarie, affrontare con consapevolezza le sfide della tecnologia e dell'organizzazione e la sua autonomia.

L'atto medico non è un insieme di prestazioni, ma un atto complesso, unitario e responsabile, che integra scienza, coscienza e relazione. Salvaguardare l'autonomia dell'atto medico significa tutelare e difendere la democrazia.

Ed è proprio in questa autonomia e nella sua capacità di integrazione che risiede il valore insostituibile della professione medica.

Antonio Magi
Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Roma e Provincia

Introduzione

Atto medico, filosofia e medicina: una alleanza antica per sfide contemporanee

Abstract: Una definizione aggiornata dell'atto medico prevede l'esame della dimensione etico-politica, epistemica e tecnologica della medicina odierna. Il contributo si sofferma su tre aspetti: (1) la crisi delle definizioni attuali dell'atto medico; (2) l'alleanza tra medicina e filosofia, intesa come strumento per interrogare i fondamenti morali, epistemici e sociali dell'agire medico; (3) l'elaborazione di una definizione articolata dell'atto medico che distingue tra prestazione clinica, deliberazione diagnostico-terapeutica, attività di ricerca/formazione/organizzazione, e che enfatizza la necessità di una cornice etica unificata, basata sulla relazione fiduciaria medico-paziente e sull'umanizzazione della cura.

Era il 1986 quando Anthony Storr, nell'*Introduzione* al celebre volume di Wulff, Pedersen, Rosenberg (1986) *Philosophy of Medicine*, affermava che la medicina – secondo il modello elaborato da Thomas Kuhn – stava attraversando un periodo di “instabilità paradigmatica”, vedeva messi in discussione i suoi assunti di base, e i medici dovevano «riconsiderare la loro azione, i loro ruoli e le loro responsabilità nei confronti sia dei pazienti sia della società» (ivi, p. 2).

Sono passati quarant'anni e la medicina si trova in una nuova fase di "instabilità", o forse non ne è mai uscita da allora, e sembra essere ancora lontana dal raggiungere la fase di "normalizzazione", anche perché, dopo aver affrontato la prima vera pandemia della storia, è stata travolta dall'ondata della cosiddetta quarta rivoluzione industriale, quella del digitale, dell'infosfera e dell'intelligenza artificiale (Floridi 2017).

Le complesse dinamiche economiche oltre gli accesi scenari politici, le nuove configurazioni demografiche, le preoccupanti crisi ambientale e climatica, e i mutati paradigmi culturali, stanno agendo in maniera inedita sulla professione medica, tanto che la stessa relazione fiduciaria "interumana" tra medico e paziente ne risulta profondamente riconfigurata.

All'interno di questo contesto, la Commissione "Etica e atto medico" voluta dall'OMCeO di Roma ha rappresentato uno spazio di riflessione e di confronto multidisciplinare intorno alle nuove sfide che impegnano l'esercizio della professione medica, coinvolgendo medici, economisti, giuristi e soprattutto filosofi.

Questo volume raccoglie i loro contributi, che offrono un'agevole sintesi dello stato dell'arte nei rispettivi campi di ricerca, presentando i principali nodi concettuali che hanno favorito la strutturazione di una nuova e articolata definizione di Atto medico, contenuta nel documento finale.

1. Perché ancora una definizione di atto medico

L'esigenza di proporre una nuova definizione aggiornata di atto medico è la risultanza di due fattori: il primo riguarda le definizioni disponibili, formulate da vari gruppi e associazioni mediche (UEMS 2009; FNOMCeO 2014), che riescono solo in parte a de-

scrivere la complessità degli aspetti che intervengono nella professione medica nella sua evoluzione più recente; il secondo riguarda il nostro sistema legislativo, che nonostante alcuni tentativi – tutti naufragati – non ha ancora assunto una definizione ufficiale di atto medico in grado di orientare chiaramente la giurisprudenza per definire i quadri di professionalità e di responsabilità.

È così che nel 2025 il giudice estensore della sentenza di un noto processo mediatico e giurisprudenziale, il cosiddetto “Caso Panzironi”, poteva lamentare alcune difficoltà riscontrate nella formulazione del proprio giudizio perché «la definizione di atto medico non trova una specifica descrizione nella normativa italiana né una perimetrazione delle azioni che possano integrarlo» (Sentenza 5940/2025 Tribunale Ordinario di Roma – VI Sezione penale, p. 22). Una definizione giuridica dell'atto medico, infatti, avrebbe agevolato la possibilità di individuare chiaramente l'esercizio abusivo della professione, come nella fattispecie del giornalista condannato.

In passato non sono mancati i tentativi di proposte di legge finalizzate alla definizione di atto medico, ma sia quella del 2015 (primo firmatario D'Incecco) che quella del 2020 (firmatari Misiti e Bologna), non sono riuscite ad arrivare a una conclusione, tanto che il dibattito nelle commissioni parlamentari è ancora acceso, anche perché nel frattempo la Legge n. 24 del 2017 (Legge Gelli; Italia 2017) ha di fatto “confuso” ancora di più la situazione parlando indistintamente nell'articolo 5 di «prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale», non operando una chiara distinzione tra i compiti e le responsabilità del medico e quelle delle altre professioni sanitarie.

In un tempo in cui la dimensione della prevenzione, della diagnosi e della cura è sempre più multidisciplinare e multiprofes-

sionale, oltre che dipendente dalle tecnologie, il vero nodo della questione è dunque poter distinguere tra atto medico e atto sanitario, ovvero poter stabilire “chi può/deve fare cosa”, per “definire”, perimetrare i limiti delle professionalità e delle responsabilità.

Le definizioni avanzate dalle società scientifiche mediche o dalle associazioni professionali, pur rappresentando documenti importanti e autorevoli, non sembrano siano riuscite pienamente in questo scopo, risultando spesso incomplete o parziali.

La definizione della Federazione Italiana Società Medico Scientifiche e il *Codice di deontologia medica* della FNOMCeO (2014), ad esempio, affermano nettamente che la diagnosi (art. 3) e la prescrizione (art. 13) «a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi [sono] una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico», ma non fanno riferimento alle attività legate alla ricerca, all'educazione e alla formazione.

Da questo punto di vista, invece, la definizione dell'Unione Medici Specialisti Europei risulta essere più completa, ma anche fin troppo ampia e generica, mancando di individuare delle competenze specifiche del medico: «L'atto medico comprende tutte le azioni professionali, ad esempio quelle scientifiche, didattiche, formative ed educative, organizzative, cliniche e medico-tecniche, svolte per promuovere la salute e l'autonomia, prevenire le malattie, fornire assistenza diagnostica o terapeutica e riabilitativa a pazienti, individui, gruppi o comunità» (UEMS 2009). La definizione UEMS tuttavia introduce un concetto importante, quello di “delegabilità”, stabilendo che l'atto medico ricade nella responsabilità del professionista abilitato, ma può essere eseguito anche «sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione».

Nell'ottica dunque di una nuova definizione di atto medico che potesse caratterizzare il profilo formativo, professionale e

giuridico del medico, non si è potuto non prendere in considerazione questi due documenti, cercando di integrarli in una formulazione che fosse ampia ma nel contempo anche puntuale nel fissare alcune specificità.

2. Verso una nuova definizione

Una definizione aggiornata di atto medico deve tener conto di diversi fattori, primo tra tutti quello per cui la medicina, ormai da diverso tempo, non è più solo l'arte della cura, del ripristino allo stato "normale" delle alterazioni organiche o funzionali del corpo umano, ma è anche arte della prevenzione delle malattie, della promozione della salute e del benessere psico-fisico, con tutta la variabilità semantica che queste espressioni contengono (si veda il contributo di Amoretti). La salute e il benessere, infatti, non coincidono con la semplice assenza di malattia, ma prevedono la valutazione dei livelli di funzionamento e di autonomia dell'individuo (e dei gruppi/popolazioni) nel contesto di vita, sia sociale sia ambientale, secondo il più recente approccio *One Health* (si veda il contributo di Di Blasi).

Questa nuova cultura della "salute" ha portato negli ultimi decenni a una crescita esponenziale della domanda sanitaria – non solo di cure e di medicinali, ma anche di esami strumentali e di servizi – sostenuta, in aggiunta, dall'allungamento dell'aspettativa di vita. All'aumento della domanda è seguita una progressiva complessità delle risposte: l'invecchiamento della popolazione, la comorbilità e la limitata disponibilità di risorse economiche hanno messo in crisi anche i più efficienti sistemi sanitari e hanno imposto di ripensare i modelli organizzativi e gestionali, sempre più multidisciplinari, multiprofessionali e dipendenti dalle alte

tecnologie. Il medico oggi non è il detentore esclusivo di un sapere raffinato, l'amministratore unico della salute dei suoi simili, ma è il perno di una *équipe* multidisciplinare e multiprofessionale chiamata a farsi carico del paziente e della collettività, nella loro globalità. D'altro canto anche il paziente non è più lo spettatore passivo che subisce azioni e decisioni prese dall'esperto della salute, ma è il soggetto portatore di diritti, pienamente coinvolto nel processo decisionale e responsabile delle scelte che riguardano la sua salute e il suo benessere (si veda il contributo di Quintavalle e Ranalletta).

Il medico, dunque, non è più solo di fronte al "mistero" del malato e della malattia, ma dalla sua parte ha conoscenze e tecnologie avanzate, Linee Guida, Buone Pratiche Clinico-Assistenziali, che possono garantire qualità, sicurezza, standardizzazione e appropriatezza delle sue prestazioni professionali (si veda il contributo di Bruno, Damiani e Rossi).

Altri elementi contribuiscono a caratterizzare e strutturare l'attività del medico oggi: il sistema organizzativo in cui opera e le risorse economiche disponibili, che possono incidere sulla stessa formulazione del giudizio clinico, sulla decisione di chi ammettere oppure no a determinate cure, come è accaduto nel 2020 durante la fase più critica dell'epidemia da Sars-Cov2. La necessità di un giudizio clinico integrato anche da fattori extraclinici (si veda il contributo di Da Re), non significa subordinare l'atto medico alle ragioni economiche, ma riconoscere il carattere situato della deliberazione clinica, per riaffermare però il principio che la valutazione economica in sanità non deve mai essere ridotta a una "arida" contabilità finanziaria tra entrate (finanziamento pubblico) e uscite (costi del Sistema Sanitario). L'allocazione delle risorse e la valutazione del sistema dovrebbero confluire in un bilancio sociale in cui i criteri di efficacia ed efficienza, nel rispetto

del principio di sussidiarietà, sono indice della risposta concreta e appropriata data dalla Pubblica Amministrazione ai bisogni del cittadino (si veda il contributo di Palazzo).

Un altro elemento che caratterizza l'attività del medico oggi è l'uso sempre più pervasivo delle tecnologie digitali che hanno dilatato i luoghi della cura, dallo spazio fisico reale (ospedale, ambulatorio, domicilio) a quello virtuale dei *social* e della telemedicina (si veda il contributo di Bibbolino), fino alle nuove frontiere dell'intelligenza artificiale, che sta assumendo un ruolo sempre più pervasivo nella pratica clinica, e che pertanto necessita di un'attenta regolamentazione delle *policy*, della *governance* (si veda il contributo di De Caro) e del profilo di responsabilità giuridica (si veda il contributo di Natale).

Proprio l'impatto dell'intelligenza artificiale sulla pratica medica pone con rinnovata urgenza la necessità di riscoprire l'umanizzazione della relazione di cura. Algoritmi, protocolli, codici, Linee Guida rischiano di trasformare l'atto medico in una proceduralizzazione spersonalizzata di prestazioni tecniche. Proprio la "minaccia" dell'algoritmo restituisce all'ascolto il ruolo di condizione necessaria e a priori (trascendentale) della relazione medico-paziente (si veda il contributo di Scarafile), stabilendo una volta per tutte che il vero oggetto della cura non è la malattia ma il malato, con il suo vissuto, i suoi valori, il suo diritto all'autodeterminazione, alla scelta delle cure, fino alle Disposizioni Anticipate di Trattamento nel fine vita (si veda il contributo di D'Innocenzo).

Il filo rosso che attraversa tutti i contributi è il carattere eminentemente valutativo e quindi morale dell'atto medico, non solo perché strutturalmente fondato sull'incertezza epistemica, sul ragionamento inferenziale e probabilistico, ma perché deve tener conto delle variabilità biologiche, delle conoscenze, dei vissuti,

dei valori e delle risorse (si veda il contributo di Iorio e Gazzaniga), tutti elementi rappresentati in maniera eminente e paradigmatica sia nell'atto medico in situazione di emergenza (si veda il contributo di Pagnanelli) sia nell'ambito della ricerca e della medicina sperimentale (si veda il contributo di Isidori e Tarsitano).

L'atto medico, in sintesi, presenta una imprescindibile dimensione etica, perché fondato sulla relazione umana, che nessun atto tecnico o tecnologizzato, per quanto scientificamente avanzato, dovrebbe mai soppiantare. Per questa ragione, il contributo delle *humanities* e della filosofia nei percorsi di formazione professionale dovrebbero avere un ruolo sempre più centrale (si veda il contributo di Zuccarelli).

3. Il documento finale

Nell'elaborazione di una nuova definizione di atto medico, dunque, sono stati presi in considerazione i principali documenti che lo hanno trattato, e in modo particolare la definizione della UEMS, che, come si è detto, è sicuramente la più ampia.

Il primo passo, secondo il metodo analitico della filosofia, è stato quello della chiarificazione concettuale dei termini implicati, a partire dalla stessa locuzione "atto medico" che può indicare sia la "concreta prestazione professionale" sia "il giudizio e la deliberazione" del professionista qualificato e abilitato all'esercizio della professione medica.

La differenza tra il primo significato e il secondo è radicale, perché se la prestazione concreta può essere un atto delegabile e quindi eseguibile da personale qualificato dell'area sanitaria – o anche dagli stessi pazienti adeguatamente formati (si pensi, solo per fare qualche esempio, all'assunzione dei farmaci, alle autome-

dicazioni, o alle automisurazioni della pressione arteriosa o della glicemia nei soggetti diabetici) – il giudizio e la deliberazione clinica, per le finalità diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, sono una prerogativa esclusiva e non delegabile del medico, e determinano la sua responsabilità morale e giuridica.

Inoltre l'attività clinica non è l'unica prerogativa del medico, il quale è sempre più impegnato nella ricerca, nella formazione, nell'educazione e nell'organizzazione.

Tutti questi aspetti sono confluiti nel documento finale, che pertanto si compone di cinque sezioni: dopo una prima definizione generale (1), viene descritto l'atto medico come prestazione professionale (2), come deliberazione clinica (3), e come attività di ricerca, formazione, educazione e organizzazione (4); infine sono state inserite le disposizioni finali (5).

L'atto medico in linea generale comprende sia le concrete prestazioni professionali sia le deliberazioni cliniche; le prime prevedono l'esecuzione di specifici trattamenti clinici o chirurgici, di codificate procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative o di prevenzione, e in alcuni casi sono delegabili; le seconde esprimono il giudizio diagnostico, terapeutico e riabilitativo, e sono prerogativa esclusiva e non delegabile del medico.

L'atto medico – in tutte le sue accezioni, come giudizio, attività clinica e come attività di ricerca, formazione, educazione e organizzazione – ha per scopo la tutela e la promozione della salute e del benessere psico-fisico, la prevenzione e la cura delle malattie, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, e si fonda sulla imprescindibile relazione fiduciaria tra medico e paziente (sia esso rappresentato dal singolo, da gruppi, e da comunità).

La prestazione professionale clinica, non è mai un atto arbitrario, ma deve essere trasparente, verificabile e coerente, deve

fondarsi sulle migliori conoscenze scientifiche ed evidenze disponibili, sulle Linee Guida e sui Protocolli Diagnostico-Terapeutici, sulle *best practices* clinico-assistenziali riconosciute dalla comunità scientifica; essa necessita sempre del consenso del paziente, e deve essere svolta in luoghi consoni e appropriati tali che non mettano a rischio la sua sicurezza e dignità. Sono luoghi della professione medica non solo gli spazi fisici tradizionali – come l'ambulatorio, l'ospedale, o il domicilio – ma anche lo spazio mediatico e lo spazio virtuale della telemedicina.

La deliberazione clinica è un atto intenzionale, indipendente e autonomo del medico, nel cui giudizio si combinano conoscenze teoriche, esperienze, vissuti, capacità interpretative, valori culturali, narrazioni del paziente, condizioni ambientali e organizzative. La sua natura inferenziale-stocastica, che integra dimensione teorica universale del sapere medico e particolarità del caso clinico contingente nella sua irriducibile singolarità, le conferiscono un carattere eminentemente valutativo, di cui solamente il medico è responsabile. La prescrizione, ai fini della prevenzione, della diagnosi, della cura e della riabilitazione, così come la diagnosi, oltre all'adozione di Medicine Non Convenzionali e le scelte nel fine vita sono atti medici deliberativi non delegabili.

L'atto medico formativo si rivolge alle diverse figure professionali della salute e ha come obiettivo l'aggiornamento delle conoscenze, delle competenze tecniche, delle capacità deliberative e delle attitudini etiche, mentre quello educativo si rivolge a pazienti, cittadini e comunità con lo scopo di promuovere l'alfabetizzazione sanitaria, di prevenire l'insorgere di malattie, di favorire l'adozione di corretti stili di vita, di rafforzare la partecipazione informata ai percorsi di cura e prevenzione.

L'attività di ricerca del medico comprende la progettazione, la conduzione, la valutazione e la diffusione di studi scientifici volti

a migliorare la conoscenza, la prevenzione, la diagnosi, le terapie e i percorsi di cura, ed è svolta nel rispetto dei principi etici, delle normative vigenti, delle procedure di consenso informato e della protezione dei dati. Infine l'atto medico organizzativo riguarda la progettazione, la gestione e il coordinamento dei percorsi di cura e dei servizi sanitari finalizzati alla tutela della salute individuale e collettiva; definisce percorsi diagnostico-terapeutici integrati, pianifica le risorse umane e strumentali, la gestione dei flussi assistenziali, garantendo la continuità delle cure e la presa in carico dei pazienti cronici e fragili; ha come obiettivo l'efficienza, l'appropriatezza, l'equità e la sostenibilità, la riduzione delle disuguaglianze di accesso e la tutela della dignità del paziente.

4. L'alleanza filosofia-medicina

La filosofia della medicina, nata come branca della filosofia della scienza e sviluppata soprattutto negli anni Settanta del Novecento, ha oggi perduto parte della sua forza teoretica all'interno dei percorsi accademici, scivolando in favore delle altre discipline delle *medical humanities* – come la storia della medicina, la medicina narrativa, la sociologia e l'antropologia della salute. Tuttavia, il suo contributo resta cruciale per interrogare il senso dell'atto medico in una società caratterizzata da iperspecializzazione, settorializzazione e rapida innovazione tecnologica (Giroux 2018).

Ippocrate indicava l'atto medico come convergenza di tre elementi fondamentali: il medico, il malato e la malattia (*Epidemie* I, 11). Oggi tali elementi si presentano in maniera molto diversa rispetto al passato, imponendo una riflessione approfondita sul significato e sulle finalità della professione, a cui la filosofia può dare un grande contributo.

Di contro a coloro che hanno messo in discussione l'esistenza della filosofia della medicina (Caplan 1992), o a coloro che vogliono ridurla alla sola dimensione etica, questo volume riafferma l'importanza di riscoprire il fecondo intreccio di filosofia e medicina (Federspil, Giaretta, Rugarli 2008, p. 1), che così tanto ha significato agli inizi di questi due saperi. La medicina greca è stata «grado preliminare alla filosofia socratica platonica e aristotelica» (Jaeger 1959, p. 4), mentre «l'ascesa della medicina ebbe le sue radici nel conflitto con la filosofia, che valse a darle chiara consapevolezza di metodo», le fece superare i limiti della mera tecnica artigiana, della pratica empirica, e le consentì di «elaborare l'espressione classica e perfetta del concetto di scienza a lei proprio» (ivi, p. 5).

Ripensare la professione medica oggi attraverso l'alleanza con la filosofia significa interrogarsi “kantianamente” su chi è il medico, ed esplorare che cosa deve conoscere – dimensione epistemologica, metodologica, tecnologica, organizzativa – che cosa deve fare – dimensione etica, deontologica, professionale – e che cosa può sperare – dimensione socio-culturale, della formazione, dell'educazione e della ricerca.

Un approccio filosofico-fenomenologico all'atto medico, invece, permette di chiarirne le cinque dimensioni che lo descrivono:

1. il “cosa”, ovvero l'oggetto dell'azione del medico, che non è mai un dato scientifico disincarnato, ma è sempre un soggetto umano, portatore di sofferenza, dolore, vissuti, di bisogni legati alla salute e al benessere.
2. Il “come”, che riguarda non solo gli aspetti delle conoscenze o degli strumenti, oppure quelli organizzativi e collaborativi, ma anche la postura etica e deontologica del medico.
3. Il “dove”, perché i luoghi non sono spazi neutri, ma rappresentano gli strumenti con cui la salute e la malattia sono

pensate, amministrate e trattate; sono strumenti con cui l'uomo rappresenta se stesso nella relazione con gli altri.

4. Il “quando”, descrive il contesto, le conoscenze, le tecnologie, l'organizzazione e le risorse a disposizione; il tempo della cura è la contingenza, dimensione particolarmente rilevante nelle situazioni di emergenza e nel fine vita.
5. Il “perché”, ovvero il fine ultimo dell'agire del medico, che è sempre la tutela della salute e del benessere, attraverso prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nel rispetto dell'autonomia e della dignità dell'individuo.

Questa cornice permette di enucleare una prospettiva etica unitaria: l'atto medico, anche grazie ai progressi epistemici e tecnologici, resta una pratica fondamentalmente umana, ancorata all'esperienza e all'incertezza intrinseca della singolarità. La filosofia della medicina, riattualizzata, non è un virtuosismo teorico, ma una guida critica necessaria per affrontare l'iperspecializzazione, le interazioni con l'IA e la riduzione della cura a management, restituendo centralità alla relazione “tutta umana” medico-paziente.

In questa direzione va il recente appello di papa Leone XIV (2026) affidato all'Enciclica *Magnifica humanitas*.

Conclusioni

La medicina negli ultimi cento anni ha compiuto enormi progressi, grazie all'affinamento epistemico e metodologico, allo sviluppo di farmaci e tecnologie – in grado di interpretare segni, sintomi e narrazioni in maniera precisa e precoce come non mai – grazie alla messa a punto di terapie sempre più personalizzate; eppu-

re tutti questi progressi non ne hanno fatto, ancora, una scienza “esatta” in senso stretto.

È necessario pertanto che non solo il medico ma anche i pazienti (sia come singoli sia come gruppi/comunità) abbiano la consapevolezza che la professione medica rimane sempre un’arte, cioè un sapere teorico che, per quanto scientificamente avanzato, è radicalmente ancorato all’esperienza e alla contingenza, costitutivamente esposto all’incertezza, alla variabilità irriducibile della singolarità umana, condizione che determina il carattere eminentemente valutativo ed etico dell’operato e del giudizio del medico.

La filosofia della medicina ha indagato i concetti di salute, di malattia, ha creato modelli epistemici e codificato metodologie di ricerca, ha stabilito tassonomie e principi morali, ma non ha mai veramente messo a tema l’atto medico, forse perché finora non ne ha mai ravveduto la necessità.

Pensare l’atto medico oggi è diventato più che mai urgente di fronte all’iperspecializzazione della professione, alla settorializzazione e allo sviluppo delle altre professioni sanitarie, alla pervasività dell’IA, che rischia di stravolgere la relazione inter-umana della cura (OECD 2024).

L’atto medico, infatti, non descrive solamente il modo in cui l’uomo si prende cura dei suoi simili (Stegenga 2018), ma esprime il livello di sviluppo di una cultura, il grado di civiltà di un popolo. Per queste ragioni pensare l’atto medico non vuol dire soltanto descrivere una professionalità, significa prima di tutto decidere quale tipo di umanità vogliamo essere.

Francesca Gambetti

Riferimenti bibliografici

- Caplan A.L. (1992), *Does the Philosophy of Medicine exist?*, in «Theoretical Medicine», 13, pp. 67-77, doi.org/10.1007/BF00489220.
- Federspil G., Giaretta P., Rugarli C. et al. (2008), *Filosofia della Medicina*, Raffaello Cortina, Milano.
- Floridi L. (2017), *La quarta rivoluzione. Come l'infosfera sta trasformando il mondo*, Raffaello Cortina, Milano.
- FNOMCeO (2014), Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, *Codice di deontologia medica*, https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2023/08/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti_acc.pdf.
- Giroux É. (2018), *Philosophy of Medicine*, in Babrousse A., Bonnay D., Cozic M. (eds), *The Philosophy of Science: A Companion*, Oxford University Press, New York. Ed. Online Oxford Academic <https://doi.org/10.1093/oso/9780190690649.001.0001>.
- Italia (2017), *Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*, in «Gazzetta Ufficiale», 64 del 17 marzo 2017.
- Jaeger W. (1947), *Paideia. Die Formung des griechischen Menschen*, De Gruyter, Berlin-Leipzig, vol. III, (trad. it. *Paideia. La formazione dell'uomo greco*, a cura di A. Setti, La Nuova Italia, Firenze 1959).
- Leone XIV (2026), *Magnifica humanitas. Lettera Enciclica sulla custodia della persona umana nel tempo dell'intelligenza artificiale*, Editrice Vaticana, Città del Vaticano.
- OECD (2024), Almyranti M. et al., *Artificial Intelligence and the health workforce: Perspectives from medical associations on AI in health*, in «OECD Artificial Intelligence Papers», 28, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9a31d8af-en>.
- Stegenga J. (2018), *Care and Cure: An Introduction to Philosophy of Medicine*, The University of Chicago Press, Chicago (trad. it. *Curare e prendersi cura*, a cura di M. Mele, Aboca, Sansepolcro).

- UEMS (2009), Union Européenne des Médecins Spécialistes, *European Definition of the Medical Act*, <https://uems-prm.eu/wp-content/uploads/2011/05/1306.pdf>.
- Wulff H.R., Pedersen S.A., Rosenberg R. (1986), *Philosophy of Medicine*, Blackwell, Hoboken, NJ, (trad. it *Filosofia della medicina*, a cura di A. Parodi, Raffaello Cortina, Milano 1995).

Atto medico e deliberazione

prima parte

Comprendere il “perché” dell’atto medico

Salute e malattia tra biologia e giudizi valoriali

di Maria Cristina Amoretti

Abstract: L'articolo analizza i concetti di malattia, salute, autonomia e prevenzione per chiarire le finalità dell'atto medico. Si sostiene che la malattia, pur essendo identificata con una disfunzione biologica, implica soglie valutative, mentre la salute è un concetto pluralistico, non riducibile né al benessere né alla mera assenza di patologia. L'atto medico integra così funzioni terapeutiche, riabilitative, preventive ed epistemiche, includendo anche la dimensione diagnostica e la gestione del rischio.

Introduzione

L'attuale definizione di “atto medico” condivisa dall'Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS 2009) circoscrive le sue finalità nel modo seguente: «L'atto medico comprende tutte le azioni professionali [...] svolte per promuovere la salute e la funzionalità (autonomia), prevenire le malattie, fornire assistenza diagnostica o terapeutica e riabilitativa».

Per comprendere il “perché” dell'atto medico è dunque necessario riflettere sul significato di alcuni termini chiave – quali “malattia”, “salute”, “autonomia” e “prevenzione” – che non sono

tuttavia puramente descrittivi, ma anche, come avremo modo di vedere, normativi e contestuali. Ne consegue che non esiste una loro definizione univoca e universalmente condivisa, che il loro significato dipende dal contesto in cui vengono utilizzati e che comportano importanti implicazioni etiche, sociali e politiche. Essi figurano, non a caso, tra i concetti più complessi e controversi della riflessione filosofica contemporanea sulla medicina. Una definizione di atto medico che vi faccia riferimento senza chiarirne almeno in parte il significato rischia pertanto di risultare semanticamente indeterminata. L'obiettivo di questo contributo è dunque offrire una breve chiarificazione concettuale di tali nozioni.

1. Il concetto di malattia tra biologia e valori

Il dibattito filosofico contemporaneo sul concetto di malattia è spesso descritto nei termini di due correnti a confronto (Amoretti 2015). Da una parte, i “naturalisti” considerano la malattia come qualcosa di “reale” e oggettivo, ovvero come un “fatto” del corpo umano che può essere scoperto, descritto e studiato con i mezzi empirici della scienza medica. Dall'altra, i “normativisti” considerano invece la malattia come qualcosa di intrinsecamente negativo (*a bad thing to have*), ovvero come qualcosa che coinvolge un giudizio normativo e valoriale che dipende in modo costitutivo da ciò che una certa cultura o gruppo sociale valuta sfavorevolmente.

La medicina scientifica contemporanea si fonda in larga misura su una concezione naturalista della malattia, che viene generalmente identificata con un'alterazione della struttura o del funzionamento di una qualche parte dell'organismo. La malattia può

dunque essere descritta e analizzata attraverso gli strumenti della fisiologia, della patologia e delle scienze biomediche. In questo senso, il concetto di malattia è strettamente legato alla nozione di disfunzione biologica (Boorse 1977).

Questa impostazione ha avuto un ruolo fondamentale nello sviluppo della medicina moderna, permettendo di comprendere i meccanismi patogenetici di molte condizioni morbose e di sviluppare interventi diagnostici e terapeutici sempre più efficaci. Tuttavia, l'applicazione concreta del concetto di malattia nella pratica clinica mostra come la distinzione tra funzionamento normale e patologico non possa essere determinata soltanto sulla base di criteri puramente biologici o descrittivi.

Molti autori hanno così elaborato delle teorie della malattia cosiddette “ibride”, identificando la malattia con una disfunzione dannosa (*harmful dysfunction*), ovvero con una disfunzione biologica giudicata negativamente – valutata cioè come dannosa – a livello sociale e culturale. Questa mossa rende di fatto la malattia una nozione non più esclusivamente naturalista, ma anche costitutivamente normativa (Wakefield 1992). In tal caso, si presenta però la difficoltà di definire e operazionalizzare in modo preciso e non ambiguo la nozione di “danno” (Amoretti, Lalumera 2019).

Altri autori condividono invece l'intuizione naturalista secondo cui la malattia sia semplicemente una disfunzione biologica, ma riconoscono altresì come la distinzione tra basso funzionamento (che si configura ancora come normalità) e disfunzione (anormalità) non sia netta, né identificabile senza far riferimento a considerazioni valoriali (Amoretti, Lalumera 2022). In tal caso non è la nozione di malattia a essere costitutivamente normativa, bensì la sua operazionalizzazione – o meglio, l'operazionalizzazione del concetto di disfunzione.

Ciò risulta particolarmente evidente non solo nel caso di malattie legate a numerosi parametri fisiologici come la pressione arteriosa, il *Body Mass Index* (*BMI*), i livelli di glicemia o alcuni indicatori metabolici, ma anche nel caso dei tumori o dei disturbi mentali. In questi casi la medicina definisce soglie oltre le quali una determinata condizione viene considerata clinicamente significativa. La determinazione di tali soglie non dipende soltanto da dati biologici, ma implica anche valutazioni relative al rischio, alla probabilità di sviluppare complicazioni, all'impatto sulla qualità della vita e alle possibilità di intervento terapeutico, benefici attesi e impatto sulla vita dei pazienti. In altre parole, la definizione della disfunzione clinicamente significativa – e, dunque, il concetto di malattia – resta saldamente ancorato alla conoscenza biologica e fisiopatologica, ma l'individuazione delle condizioni che richiedono una diagnosi e, eventualmente, un intervento medico implica inevitabilmente anche decisioni di carattere pragmatico e valutativo condivise dalla comunità medica.

Questa concettualizzazione della malattia nei termini di disfunzione clinicamente significativa si può adattare anche al caso dei disturbi mentali. A differenza delle condizioni somatiche, che sono classificate in termini eziologici o fisiopatologici, i disturbi mentali sono attualmente classificati prevalentemente in termini sintomatici. Più nello specifico, essi sono definiti come delle sindromi, che sono costituite da *pattern* ricorrenti di esperienze soggettive e comportamenti osservabili (sintomi e segni), anziché sulla base di meccanismi eziologici o fisiopatologici chiaramente identificati. Tuttavia, ciò non implica che il concetto di disturbo mentale sia puramente descrittivo o convenzionale. Infatti, la definizione generale di disturbo mentale, presente nell'*Introduzione del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali* dell'American Psychiatric Association (APA 2022), richiede esplicitamente che le sindromi

siano espressione di una sottostante disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi dell'individuo.

In questo senso, anche nei contesti in cui la classificazione è sintomatica, il riferimento alla disfunzione rimane centrale, sebbene spesso non direttamente osservabile o completamente spiegato sul piano della ricerca medica. Inoltre, analogamente a quanto avviene per molte condizioni somatiche, anche nel caso dei disturbi mentali la distinzione tra basso funzionamento (normalità) e disfunzione (anormalità) non può prescindere da considerazioni valoriali. Ne consegue che il concetto generale di malattia conserva, anche nel caso del disturbo mentale, una duplice dimensione: da un lato, il riferimento a una disfunzione sottostante, coerente con l'impostazione biologica della medicina; dall'altro, la necessità di fare riferimento a dei criteri valutativi per stabilire dove fissare la soglia in cui si può parlare effettivamente di disfunzione clinicamente rilevante (anziché di basso funzionamento).

2. La pluralità del concetto di salute

Nel contesto delle scienze biomediche, il concetto di salute presenta un'ampia pluralità di significati. Questa pluralità non è semplicemente il risultato di una mancanza di accordo teorico, ma riflette la varietà degli scopi della medicina contemporanea. Come è stato osservato nella riflessione filosofica recente, infatti, i diversi concetti di salute utilizzati nella pratica clinica, nella ricerca clinica, preclinica ed epidemiologica nonché nelle diverse politiche sanitarie rispondono a funzioni differenti tra cui: descrivere lo stato dell'organismo, valutare l'impatto delle condizioni patologiche sulla vita delle persone e sulle popolazioni, orientare le decisioni terapeutiche, stimare i benefici degli interventi sanitari.

Molte definizioni istituzionali si rifanno alla celebre definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui la salute è uno «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale» (WHO 1948). Questa definizione ha avuto una grande influenza, perché ha contribuito non solo a superare una visione puramente biologica della medicina, ma anche a estendere la sfera di intervento delle politiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Tuttavia, essa è stata altresì oggetto di numerose critiche. Da una parte, identificare la salute con una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale rende estremamente difficile individuare un confine operativo tra salute e malattia, poiché un simile benessere rappresenta una condizione irraggiungibile. Dall'altra, la definizione tende a confondere il concetto di salute con una nozione molto più ampia di benessere complessivo, rischiando così di trasformare quasi ogni individuo in un potenziale malato. In questo modo, si espone al rischio di favorire nuove forme di medicalizzazione, estendendo indefinitamente il campo della medicina a problemi sociali, relazionali o esistenziali (Amoretti 2015).

Per queste ragioni, una definizione operativa dell'atto medico dovrebbe evitare di identificare la salute con il completo benessere della persona. Il benessere, infatti, è un concetto difficilmente delimitabile e comunque ben più ampio rispetto a ciò che può essere considerato propriamente oggetto dell'intervento medico.

Un'altra concezione, più restrittiva e ampiamente diffusa nella pratica medica, identifica la salute con l'assenza di malattia. Si tratta di una prospettiva che non solo è coerente con la concezione biologica della malattia discussa nella sezione precedente, ma che è stata anche fondamentale per il passaggio dalla medicina intesa come arte della cura alla medicina intesa come scienza del corpo umano. Poiché in questo caso la salute è intesa come nor-

malità clinica determinata sulla base della migliore medicina di cui attualmente disponiamo – ovvero coincide con il non avere patologie che possano essere identificate da specialisti diversi – promuovere la salute significa principalmente prevenire l'insorgenza della malattia o limitarne la diffusione, oppure, nel caso delle patologie acute, significa curare la malattia, eliminarla e ripristinare così la normalità clinica. L'idea di salute come assenza di malattia appare inoltre coerente con una concezione minimale del diritto alla salute, inteso come diritto alla “salute giusta”, ovvero alla protezione dalle malattie fisiche e mentali, nonché all'accesso alle eventuali cure necessarie (Daniels 2008).

Tuttavia, lo sviluppo della medicina contemporanea – e in particolare la crescente rilevanza delle malattie croniche, delle condizioni di disabilità e dei disturbi mentali – ha mostrato i limiti di questa interpretazione. In molti casi, infatti, la presenza di una condizione patologica non esaurisce la valutazione dello stato di salute di una persona, poiché non esclude la possibilità che individui affetti da una qualche patologia mantengano comunque livelli significativi di funzionamento e di partecipazione alla vita sociale. In questi contesti, la promozione della salute non consiste tanto nella cura e nell'eliminazione di una patologia acuta, quanto piuttosto nel miglioramento o nel mantenimento dell'autonomia funzionale della persona. La medicina riabilitativa, la geriatria, la gestione delle cronicità e delle disabilità, nonché numerosi ambiti della salute mentale operano precisamente in questa prospettiva.

Un'idea analoga è presente anche nell'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), che, distinguendo tra condizioni patologiche e livelli di funzionamento, interpreta la disabilità non come una semplice proprietà dell'individuo, ma come il risultato dell'interazione tra fattori biologici, sociali e ambientali. In questa prospettiva, la salute non può essere iden-

tificata né con uno stato di completo benessere né con la mera assenza di malattia, ma deve essere valutata in relazione al livello di funzionamento che una persona è in grado di esprimere nel proprio contesto di vita, sociale e ambientale. Tale funzionamento dipende infatti non solo dalle capacità intrinseche dell'individuo, ma anche dalle caratteristiche dell'ambiente, che possono facilitare o ostacolare la sua performance, ovvero la sua capacità reale di agire e di partecipare alla vita sociale.

Per questa ragione, la filosofia della medicina contemporanea ha sviluppato modelli della salute che mettono al centro della definizione, da una parte, la capacità della persona di fare ciò che per lei è normale, vitale o importante, oppure, dall'altra, la relazione tra individuo e ambiente.

Una prima linea teorica interpreta la salute in termini di capacità. In una delle sue formulazioni più influenti, una persona è sana nella misura in cui ha la capacità di secondo ordine di fare ciò che è necessario per realizzare i propri "scopi vitali" in circostanze standard, cioè la capacità di imparare a svolgere quelle azioni che considera essenziali per raggiungere la propria felicità minima (Nordenfelt 1987). Senza entrare in dettagli troppo filosofici, la salute non coincide qui con l'assenza di malattia, bensì con la capacità effettiva di agire e di condurre una vita significativa per l'individuo. Ritornare alla salute significa dunque poter tornare a fare ciò che è necessario compiere per raggiungere i propri scopi vitali. Questa concezione consente di includere tra le persone "in buona salute" anche individui affetti da condizioni patologiche, purché tali condizioni non compromettano in modo rilevante la loro capacità di funzionare efficacemente in vari contesti per raggiungere i propri scopi vitali. Essa risulta così particolarmente adatta ai contesti della medicina riabilitativa, della disabilità, delle malattie croniche e dei disturbi mentali, dove l'obiettivo

dell'intervento medico è spesso quello di sostenere o recuperare capacità funzionali piuttosto che curare ed eliminare la patologia. Esempio a questo proposito è la caratterizzazione dell'invecchiamento sano (*healthy ageing*) fornita dall'OMS: «processo di sviluppo e mantenimento delle abilità funzionali che consentono il benessere in età avanzata» (WHO 2020).

Una seconda linea teorica interpreta invece la salute come capacità di adattamento e di equilibrio con l'ambiente. In questo contesto, essere in salute significa essere in grado di adattarsi alle possibili circostanze avverse, ripristinando una “nuova norma” (Canguilhem 1966). Le circostanze avverse possono essere sia esogene, provenienti dall'ambiente esterno (sociale e naturale), sia endogene, provenienti dalla propria situazione fisiopatologica e psicologica. In una simile prospettiva, acquistano dunque centralità nozioni come quelle di adattamento, autogestione e resilienza, mentre resta possibile parlare di salute anche in presenza di una qualche condizione patologica. La salute, infatti, è intesa come un processo dinamico, che consiste nella capacità dell'individuo di mantenere un equilibrio funzionale e di autogestirsi anche in condizioni avverse, come appunto possono essere le condizioni di malattia.

Questa prospettiva, sviluppata in ambito clinico, di sanità pubblica e di medicina preventiva, ha il vantaggio di cogliere la dimensione dinamica della salute e potrebbe contribuire, in alcuni contesti, a limitare il fenomeno della cosiddetta “troppa medicina” (*too much medicine*), soprattutto in contesti come la disabilità e l'invecchiamento. Tuttavia, una definizione della salute centrata esclusivamente sull'adattamento rischia altresì di sovrapporre salute e resilienza individuale, trascurando il ruolo delle condizioni sociali e ambientali, nonché introducendo forme problematiche di responsabilizzazione del paziente rispetto al suo stesso stato di salute.

Nel loro insieme, le considerazioni di cui sopra suggeriscono come il concetto di salute non possa essere considerato in modo univoco, ma debba essere inteso piuttosto in senso pluralista, declinandolo in relazione ai vari scopi della pratica medica. In particolare, nella definizione dell'atto medico, la promozione della salute dovrebbe essere intesa non solo come prevenzione della malattia (attraverso interventi volti a evitare l'insorgenza delle malattie, individuarle precocemente o ridurne l'impatto, agendo soprattutto su persone sane o a rischio), cura della malattia (attraverso specifici percorsi terapeutici volti a eliminare la malattia, laddove sia presente), ma anche come sostegno alla capacità delle persone di mantenere, migliorare o recuperare livelli adeguati di autonomia funzionale (attraverso diverse strategie riabilitative e favorendo la resilienza individuale, nel caso di cronicità e disabilità).

3. Autonomia funzionale

Il riferimento all'autonomia nella definizione dell'atto medico richiede una particolare attenzione, poiché il concetto, avulso dal contesto, potrebbe essere interpretato in almeno due sensi distinti.

In un primo senso, che è quello che traspare dalla definizione, l'autonomia può essere intesa nei termini di autonomia "funzionale". In tal caso si riferisce alla capacità della persona di svolgere attività significative, di condurre la propria vita quotidiana e di mantenere una vita indipendente. Come abbiamo visto, tale nozione cattura una dimensione della salute (o un modo particolare di concettualizzare la salute), ovvero quella di salute come capacità, ed è centrale in molti ambiti della medicina contem-

poranea, come la geriatria, la medicina riabilitativa, la gestione delle malattie croniche, la disabilità e la salute mentale. In questi contesti, come abbiamo già avuto modo di rilevare, l'obiettivo dell'intervento medico non è infatti l'eliminazione della malattia, bensì il preservare, recuperare o migliorare la capacità funzionale della persona, ovvero un adeguato livello di indipendenza e di partecipazione sociale.

Il concetto di autonomia, tuttavia, può essere utilizzato anche in un secondo senso, ovvero in quello di autonomia “decisionale”, un senso che è particolarmente rilevante nel contesto della bioetica e in ambito giuridico. In questo caso, l'autonomia si riferisce alla capacità del paziente di partecipare alle decisioni riguardanti il proprio trattamento e trova espressione nel principio del consenso informato. Essa rappresenta dunque un principio fondamentale dell'etica medica contemporanea e costituisce una condizione essenziale della legittimità dell'intervento medico.

È importante, quindi, distinguere chiaramente tra questi due possibili significati del termine e avere ben chiaro che l'autonomia funzionale riguarda uno degli obiettivi principali dell'atto medico, mentre l'autonomia decisionale definisce il quadro etico e giuridico entro cui tale atto deve essere esercitato.

4. Prevenzione

La definizione di atto medico include tra le sue finalità anche la prevenzione delle malattie. Nella medicina contemporanea questo ambito ha assunto un'importanza crescente, grazie allo sviluppo dell'epidemiologia, della medicina preventiva e delle numerose strategie di sanità pubblica.

La prevenzione si riferisce generalmente agli interventi volti a ridurre la probabilità di insorgenza di una malattia, o a limitarne le conseguenze attraverso l'identificazione dei fattori di rischio, oppure, ancora, a formulare una diagnosi precoce che consenta un intervento tempestivo. Essa comprende tradizionalmente diversi livelli.

La prevenzione primaria interviene prima che la malattia si manifesti, mirando proprio a evitare o ridurre il rischio dell'insorgenza della malattia stessa. Sono esempi di prevenzione primaria le campagne vaccinali, la promozione di stili di vita sani (alimentazione, attività fisica, ecc.) e la riduzione dei fattori di rischio (fumo, inquinamento, ecc.). La prevenzione secondaria si ha invece nelle fasi iniziali della malattia, spesso quando è ancora asintomatica e ha come obiettivo la diagnosi precoce. Alcuni esempi in tal senso sono gli esami di *screening* (mammografia, PAP test, ricerca di sangue occulto nelle feci, ecc.) nonché gli specifici controlli periodici per i soggetti a rischio.

Emerge qui in modo evidente come la malattia sia intesa in senso biologico, come una disfunzione, che può essere presente anche se il soggetto non ha (ancora) alcun sintomo a livello personale e fenomenologico. La prevenzione terziaria, inoltre, agisce quando la malattia è già presente e si pone come obiettivo la riduzione delle complicazioni e il miglioramento della vita quotidiana. Se il concetto di malattia che è sullo sfondo dei primi due casi di prevenzione è quello di salute come assenza di malattia, in questo terzo caso si fanno strada i concetti di salute come capacità di agire per raggiungere determinati scopi vitali, nonché di salute come capacità di adattarsi all'ambiente. Oggi, infine, si parla anche di prevenzione quaternaria, che si riferisce al bisogno di evitare di sottoporre gli individui a esami inutili, nonché di limitare il numero di sovradiagnosi e di trattamenti medici non necessari.

L'espansione delle pratiche preventive ha infatti ampliato il campo della medicina, includendo tra i pazienti anche soggetti che non presentano alcuna patologia (o, perlomeno, alcun sintomo a livello personale e fenomenologico), ma che vengono considerati essere esposti a un maggiore rischio di svilupparla (o di averla già sviluppata sebbene in forma ancora latente). Tuttavia, questa estensione della prevenzione ha sollevato negli ultimi decenni alcune questioni concettuali ed etiche assai rilevanti, che hanno come oggetto la cosiddetta dinamica della “medicalizzazione”. Con questo termine si indica il processo attraverso cui condizioni della vita quotidiana, variazioni fisiologiche o fattori di rischio vengono progressivamente interpretati e gestiti come problemi di natura medica. La prevenzione rappresenta uno dei possibili motori di questo processo, poiché l'identificazione e la gestione dei fattori di rischio comportano spesso l'intervento medico su popolazioni che si percepiscono come sane, o che possono essere considerate tali, soprattutto se si adottano le concezioni della salute come capacità di agire o di adattarsi.

A questo proposito è stato frequentemente richiamato il cosiddetto “paradosso della prevenzione”. Molti interventi preventivi producono benefici rilevanti a livello di popolazione, ma comportano vantaggi molto limitati per il singolo individuo. Ciò significa che un gran numero di persone deve sottoporsi a controlli, trattamenti o modifiche dello stile di vita affinché un numero relativamente ridotto di casi di malattia possa essere evitato (Stegenga 2018).

Queste considerazioni non mettono ovviamente in discussione l'importanza della prevenzione, che rimane uno degli strumenti più efficaci per migliorare la salute pubblica e dei singoli individui. Esse suggeriscono, tuttavia, che l'estensione delle pratiche

preventive richiede una costante attenzione ai criteri di proporzionalità, appropriatezza ed evidenza scientifica, al fine di evitare forme di medicalizzazione non giustificate.

Nel contesto della definizione di atto medico, ciò implica riconoscere che la prevenzione non coincide semplicemente con l'anticipazione della cura, ma rappresenta un ambito di intervento caratterizzato da specifiche sfide epistemiche ed etiche, legate alla gestione del rischio e alla valutazione dell'equilibrio tra benefici e possibili effetti indesiderati.

Conclusioni

L'analisi dei concetti di malattia, salute, autonomia e prevenzione consente di chiarire in modo più preciso il perché e le finalità dell'atto medico.

Il concetto di malattia, pur essendo fondato su basi biologiche, richiede l'introduzione di soglie cliniche che implicano valutazioni pragmatiche e valoriali. La medicina non si limita infatti a descrivere il funzionamento dell'organismo, ma deve stabilire quando una variazione biologica diventa clinicamente significativa e quando richiede un intervento medico. In questo senso, la pratica medica si colloca sempre all'intersezione tra conoscenza scientifica e giudizio valutativo.

Il concetto di salute, a sua volta, non può essere ridotto né al benessere complessivo né alla semplice assenza di malattia, ma deve essere inteso in modo pluralistico, tenendo conto dei diversi scopi della pratica medica. Questi non si esauriscono nella cura della malattia, attraverso interventi terapeutici, ma includono anche il mantenimento, il miglioramento e il ripristino dell'abilità funzionale, attraverso interventi riabilitativi, nonché la

prevenzione della malattia, attraverso interventi specificamente preventivi.

In questo quadro, l'autonomia funzionale rappresenta una dimensione centrale della salute e uno degli obiettivi principali dell'atto medico, soprattutto nei contesti della cronicità, della disabilità e della salute mentale. La prevenzione, dal canto suo, mostra come l'atto medico si estenda oltre la malattia manifesta, intervenendo nella gestione del rischio e contribuendo, al tempo stesso, a ridefinire i confini tra normalità e patologia. Essa rende particolarmente evidente il carattere normativo delle soglie cliniche e solleva questioni rilevanti relative alla proporzionalità e all'appropriatezza degli interventi.

A queste finalità si aggiunge una dimensione spesso meno esplicitata e discussa, ma altrettanto centrale, ovvero quella propriamente epistemica dell'atto medico, che si realizza nell'attività diagnostica. Fornire assistenza diagnostica non significa soltanto individuare una patologia, ma anche offrire al paziente una spiegazione dei sintomi che esperisce, riconducendoli a uno specifico quadro eziologico o fisiopatologico, oppure collocandoli all'interno di un quadro interpretativo coerente.

In molti casi, soprattutto nell'ambito dei disturbi mentali, dove le classificazioni sono ancora prevalentemente basate su criteri sintomatici piuttosto che eziologici o fisiopatologici, la diagnosi consiste infatti nel riconoscere e nominare una specifica configurazione di sintomi. Anche in assenza di una spiegazione causale pienamente sviluppata, questo processo ha comunque un valore epistemico rilevante: permette di rendere intelligibile l'esperienza del paziente, di orientare le scelte terapeutiche e di favorire forme di comprensione e accettazione della propria condizione.

La diagnosi, dunque, svolge primariamente una funzione co-

noscitiva e orientativa, non solo per il medico, ma anche per il paziente. Da una parte, permette al medico di ridurre l'incertezza e di porre le basi per successivi interventi terapeutici e/o riabilitativi; dall'altra, consente al paziente di comprendere ciò che accade al proprio corpo o alla propria mente, agevolando una più appropriata presa in carico della propria condizione. In tal modo è altresì possibile affermare che la funzione della diagnosi è sì primariamente conoscitiva, ma anche, allo stesso tempo, pratica e relazionale.

Per concludere, una definizione contemporanea di atto medico dovrebbe rendere esplicita questa pluralità di scopi e di concetti, evitando di ridurli a un'unica nozione di salute o di malattia.

Appendice: il perché e le finalità dell'atto medico

1. Finalità pratiche: promuovere la salute

Scopo	Concetto di salute	Tipo di intervento
Prevenzione delle malattie (acute e croniche)	Salute come assenza di malattia; salute come capacità di agire; salute come adattamento	Assistenza preventiva
Cura delle malattie (soprattutto acute)	Salute come assenza di malattia	Assistenza terapeutica
Mantenimento, ripristino e miglioramento dell'autonomia funzionale (malattie croniche, disturbi mentali, disabilità)	Salute come capacità di agire; salute come adattamento	Assistenza riabilitativa (e terapeutica in senso lato)

2. Finalità epistemiche

Scopo	Concetto di malattia	Tipo di intervento
Identificazione della diagnosi	Malattia come disfunzione clinicamente significativa	Assistenza diagnostica

Riferimenti bibliografici

- Amoretti M.C. (2015), *Filosofia e medicina. Pensare la salute e la malattia*, Carocci, Roma.
- Amoretti M.C., Lalumera E. (2019), *Harm Should Not Be a Necessary Criterion for Mental Disorder: Some Reflections on the Dsm-5 Definition of Mental Disorder*, in «Theoretical Medicine and Bioethics», 40, pp. 321-37.
- Eaed. (2022), *Wherein Is the Concept of Disease Normative? From Weak Normativity to Value-Conscious Naturalism*, in «Medicine, Health Care and Philosophy», 25, pp. 47-60.
- APA (2022), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision: Dsm-5-Tr*, American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Boorse C. (1977), *Heath as a Theoretical Concept*, in «Philosophy of Science», 44, pp. 542-73.
- Canguilhem G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Daniels N. (2008), *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University Press, Cambridge-New York.
- Nordenfelt L. (1987), *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*, Reidel, Dordrecht.
- Stegenga J. (2018), *Care and Cure: An Introduction to Philosophy of Medicine*, The University of Chicago Press, Chicago.
- UEMS (2009), *Union Européenne des Médecins Spécialistes, European Definition of the Medical Act*, <https://uems-prm.eu/wp-content/uploads/2011/05/1306.pdf>.

Wakefield J.C. (1992), *The Concept of Mental Disorder. On the Boundary between Biological Facts and Social Values*, in «American Psychologist», 47, pp. 373-88.

WHO (1948), World Health Organization, *Constitution*, in «Official Records of the World Health Organization», 2, p. 100 (rist. in Caplan A.L. et al. (eds.), *Concepts of health and disease: interdisciplinary perspectives*, Addison-Wesley, Reading, Mass, 1981).

WHO (2020), World Health Organization, *Healthy Ageing and Functional Ability*, <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>.

Il giudizio clinico integrato e la deliberazione del medico

di Antonio Da Re

Abstract: Prendendo lo spunto dall'emergenza sanitaria provocata da Covid-19, il saggio inizialmente argomenta a favore del cosiddetto "giudizio clinico integrato", per poi considerare il tema della deliberazione medica, riferendolo però al carattere del soggetto, più che al singolo atto. Infine si sofferma sul consulto medico, interpretabile come una sorta di deliberazione comune, che comunque non esenta il singolo dall'assunzione della responsabilità deontologica e giuridica della scelta.

Introduzione

Prendendo spunto da un dibattito sviluppatosi durante la pandemia da Sars-Cov-2, verrà sollevato l'interrogativo se il giudizio clinico, elemento imprescindibile dell'atto medico, sia sempre giustificato. Durante la prima ondata pandemica che colpì pesantemente il nostro paese, specie le regioni del Nord, alcuni giunsero a proporre una sorte di sospensione del giustizio clinico. A fronte dell'insufficienza delle risorse disponibili, che di fatto rendeva impossibile la cura adeguata di tutti coloro che erano stati colpiti da Covid-19, vi fu chi parlò di inevitabilità del ricorso a un

giudizio extraclinico. Da parte mia, assieme a un collega giurista, argomentai invece a favore di un “giudizio clinico integrato”.

Nel difendere la plausibilità dell'espressione “giudizio clinico integrato”, di contro all'insostenibile tesi del giudizio extraclinico, l'attenzione si sposta poi sulla persona del medico che delibera. Nel saggio si sostiene infatti l'argomento che è importante abbandonare la prospettiva particolaristica, del singolo atto deliberativo, per adottare una prospettiva più ampia, incentrata piuttosto sulla personalità del soggetto, sulle sue disposizioni, sul suo carattere, che necessita di essere costantemente formato, per poter deliberare appropriatamente nei diversi contesti della pratica clinica quotidiana, in situazione di elezione, come pure in quelle di urgenza o di emergenza sanitaria.

Non è solo importante lasciar da parte una prospettiva particolaristica: anche un approccio individualistico non permette di cogliere la complessità del processo deliberativo. Lo dimostra il fatto che nella storia della pratica medica, il consulto medico stava e sta a esemplificare la modalità di una sorta di deliberazione comune, che comunque non esenta il singolo dall'assunzione della responsabilità deontologica e giuridica della scelta.

1. Giudizio clinico, extraclinico, clinico integrato

Il 6 marzo 2020, a pochi giorni di distanza dalla dichiarazione ufficiale di pandemia globale da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (11 marzo 2020), la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) rendeva pubblico un insieme di *Raccomandazioni di etica clinica* riguardanti i parametri di accesso alla terapia intensiva (TI). La tempistica della pubblicazione trasformò rapidamente il documento SIAARTI in un punto

di riferimento imprescindibile per il dibattito bioetico, tanto in ambito nazionale quanto internazionale. Il testo descriveva con toni drammatici il quadro allarmante che si sarebbe configurato nel giro di pochi giorni e che avrebbe messo i medici di fronte a decisioni tremende, dovendo scegliere in mancanza di adeguate risorse sanitarie quali pazienti potevano avere accesso alla TI e quali no. Da qui scaturiva l'esigenza di precisare i criteri che legittimassero il *triage*, così da evitare che le scelte mediche fossero affidate alla casualità, al giudizio soggettivo o all'improvvisazione.

L'obiettivo principale dichiarato era quello di derogare al principio *first come, first served*, che peraltro nemmeno nel *triage* ordinario viene applicato in maniera assoluta. Nelle premesse del documento erano formulate alcune indicazioni condivisibili su come costruire una decisione clinica in una situazione di grave scarsità di risorse sanitarie; tale decisione avrebbe dovuto tenere conto della proporzionalità delle cure e cercare di garantire i trattamenti intensivi ai «pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico». Veniva poi proposto il cosiddetto criterio dell'età, oggetto di innumerevoli discussioni tanto in Italia, che nel mondo. La Raccomandazione 3 affermava infatti che «può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in TI»; si proponeva poi di «riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone» (SIAARTI 2020, p. 5).

La formulazione del criterio dell'età si rivelava subito come problematica, perché a esso veniva attribuito un ruolo prevalente rispetto alla valutazione della comorbilità e dello stato funzionale del paziente (così la Raccomandazione 4), mentre sul piano clinico sarebbe stato più ragionevole capovolgere tale gerarchia,

assegnando la priorità a questi due ultimi fattori rispetto all'età. Dal punto di vista etico, deontologico-professionale e clinico, il limite del criterio dell'età risiedeva proprio nel suo carattere aprioristico, che, qualora fosse stato applicato in modo automatico, non avrebbe permesso di distinguere tra le diverse situazioni cliniche dei singoli pazienti. Certamente, poter disporre di un criterio decisionale chiaro come quello del limite d'età presentava dei vantaggi: in condizioni di forte pressione emotiva, con un carico di lavoro straordinario, con il rischio di contrarre l'infezione e mettere a rischio la propria salute e persino la vita, i medici potevano fare affidamento su un'indicazione precisa, sottratta a interpretazioni soggettive. Tuttavia il prezzo da pagare era elevato, poiché in questo modo si adottava, ai fini della deliberazione, un parametro rigido e predefinito, incapace di cogliere le differenze tra le condizioni cliniche dei singoli malati.

Il criterio fondato sul limite d'età è stato anche definito come un criterio di tipo extraclinico, la cui legittimità deriverebbe dal contesto eccezionale ed emergenziale della pandemia (Mori 2020). Tale qualificazione, però, non può non sollevare interrogativi, se non altro perché essa non sarebbe definibile *prima facie* come clinica, eppure dovrebbe valere ai fini della deliberazione medica, e quindi in ambito clinico. L'adozione aprioristica di un criterio esterno, applicato in modo rigido, comporta inevitabilmente una svalutazione della specificità della deliberazione del medico e della sua correlativa responsabilità etica, deontologica e giuridica. Per queste ragioni, il criterio extraclinico non può ragionevolmente essere considerato né esclusivo né prioritario nella deliberazione medica, nemmeno quando essa si trovi di fronte alle scelte difficili e tragiche imposte dall'emergenza.

La difesa della preminenza del giudizio extraclinico, identificato con il criterio aprioristico dell'età, presuppone che il giudizio

clinico non sia adeguato a orientare le scelte dei medici, almeno in circostanze straordinarie, in contrasto con quanto aveva sostenuto il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) nel parere dell'8 aprile 2020 intitolato *Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*. In quel documento, pur in assenza di critiche esplicite verso il documento SIAARTI, emergeva come il primato del giudizio clinico comporti indirettamente una presa di distanza dalla logica dell'apriorismo. Si affermava infatti che «ogni paziente va visto nella globalità della sua situazione clinica, tenendo in considerazione tutti i necessari fattori di valutazione» (CNB 2020, p. 8), tra cui in via prioritaria il grado di urgenza e poi la gravità del quadro clinico in atto, la comorbidità, la condizione di terminalità a breve, ecc. Si precisava quindi che l'età costituisce un parametro rilevante per la valutazione clinica, anche prognostica, chiarendo però che esso «non è l'unico e nemmeno quello principale». Il giudizio clinico individualizzato, inoltre, non escludeva una valutazione più ampia, riferita all'insieme dei pazienti; in tale prospettiva, si sosteneva che la priorità non andava individuata aprioristicamente nel criterio dell'età, bensì «valutando, sulla base degli indicatori menzionati, i pazienti per cui ragionevolmente il trattamento può risultare maggiormente efficace, nel senso di garantire la maggiore possibilità di sopravvivenza» (*ibidem*).

Il parere del CNB articolava poi il giudizio clinico secondo la distinzione tra appropriatezza e proporzionalità del trattamento. Il primo elemento, quello dell'appropriatezza, rimanda ad aspetti più oggettivi, legati all'erogazione di cure adeguate ed efficaci sulla base di protocolli e Linee Guida consolidati; la proporzionalità, invece, sposta l'attenzione su aspetti più soggettivi, riguardanti la condizione specifica del paziente: l'obiettivo è che il trattamento proposto risulti ben tollerato e non eccessivamente gravoso. In

questo modo veniva affermata la centralità dell'approccio medico fondato sul giudizio clinico.

A questo punto però vale la pena chiedersi se esista un giudizio clinico, per così dire, “puro”: è possibile per il medico deliberare in modo adeguato senza considerare la grave carenza di risorse che ne limita fortemente l'azione? Sebbene il parere del CNB non abbia affrontato esplicitamente la complessità insita in questa tensione tra dimensione clinica e dimensione extraclinica, ne ha però colto indirettamente il senso, individuando due livelli distinti nella deliberazione medica. Il primo livello riguarda il singolo paziente: qui l'obiettivo è elaborare un giudizio clinico individualizzato, fondato su molteplici fattori, a partire dal grado di urgenza; il secondo livello riguarda la “comunità dei pazienti”, il che implica una valutazione dei pazienti con maggiori probabilità di sopravvivenza, per i quali il trattamento intensivo può risultare più efficace. In altri termini, si ribadisce la centralità del criterio clinico *patient centered*, pur tenendo realisticamente conto dei vincoli imposti da situazioni estreme riconducibili alla cosiddetta medicina delle catastrofi.

Si potrebbe quindi parlare, con maggiore precisione, di “giudizio clinico integrato”: nel *triage* in emergenza pandemica il giudizio clinico elaborato sulla base dell'appropriatezza e della proporzionalità rimane necessario, ma non è sufficiente; deve essere completato da una valutazione che consideri la situazione complessiva di una pluralità di pazienti e la disponibilità di risorse molto limitate (Da Re, Nicolussi 2021).

Sulla base di tali considerazioni, e prestando particolare attenzione a evitare esiti discriminatori nei confronti di anziani, disabili e persone in condizioni di particolare vulnerabilità, la deliberazione medica sarà chiamata all'arduo compito di stabilire a chi destinare le scarse risorse disponibili. Essa dovrà fondarsi su un giudizio cli-

nico, integrato con altri elementi essenziali alla decisione; in questo senso, il *triage* in emergenza pandemica mostra quanto sia illusorio immaginare di poter formulare un giudizio puramente clinico. A ben vedere, un giudizio clinico “puro” non si dà nemmeno nel *triage* in condizioni ordinarie, né nella pratica medica quotidiana, sebbene in quest’ultimo caso gli elementi integrativi abbiano un peso decisamente minore. Ipotizzare un giudizio esclusivamente clinico è dunque un’astrazione; analogamente illusorio è immaginare un giudizio esclusivamente extraclinico, con l’aggravante che in tal caso si ignora la specificità della dimensione medica, subordinandola a logiche di altra natura (organizzative, economiche, politiche, ecc.).

La dialettica tra clinico ed extraclinico è sempre presente, sia in contesti ordinari che straordinari; tuttavia, legittimare una sorta di equivalenza tra i due momenti, o addirittura la supremazia dell’extraclinico, rappresenterebbe una svalutazione del ruolo e delle finalità della medicina, nonché la subordinazione della deliberazione clinica a modelli standardizzati e uniformanti. Esiste una specificità del clinico che va tutelata, pur nella consapevolezza dei condizionamenti cui esso è sottoposto da vari fattori, come ad esempio la scarsità di risorse. L’espressione “giudizio clinico integrato” sta a indicare che vi è nella deliberazione medica un indubbio primato della valutazione clinica; questa, però, deve inevitabilmente tener conto anche di altri aspetti, non strettamente clinici ma comunque capaci di incidere sul piano più propriamente clinico, e deve farlo soprattutto (ma non soltanto) in condizioni di particolare emergenza.

Da questo punto di vista la stessa definizione molto ampia (forse persino troppo) dell’Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS 2009) cerca comunque di dar conto del fatto che l’atto medico, anche nella sua finalizzazione più propriamente clinica, si qualifica come “integrato”. Esso quindi deve tener conto di di-

versi aspetti, incluso quello organizzativo. D'altro canto, l'ampiezza dei riferimenti non fa venir meno la specificità dell'atto clinico che è esclusiva pertinenza del medico.

2. La deliberazione: dall'atto singolo al soggetto che agisce

Semplificando la cosiddetta teoria della scelta razionale, che ha esercitato un grande influsso sulla riflessione economica del secondo Novecento (Arrow 1996), si potrebbe affermare che il soggetto è un decisore puramente e idealmente razionale: egli ha dei desideri o, meglio, delle preferenze che può ordinare e gerarchizzare, per massimizzare il benessere grazie a delle scelte razionali di tipo strumentale, indirizzate al raggiungimento del risultato; il parametro di giudizio della scelta è dato dalla capacità di riuscire a conseguire il risultato stabilito e dal rispetto di parametri di efficienza che rendono possibile ciò. Il decisore è inoltre concepito come un individuo a sé stante, che esamina e vaglia tutte le diverse opzioni e poi sceglie in modo razionale il corso d'azione che ha sul piano delle probabilità le maggiori chance di successo. Il processo deliberativo è pertanto finalizzato all'efficacia del risultato da ottenere e di conseguenza esso si trova alle prese con un problema di tipo tecnico più che morale; importante è quindi la capacità da parte del soggetto di valutare razionalmente le diverse possibilità per poi riuscire a massimizzare la propria funzione di utilità.

Sono questi gli aspetti che, grosso modo, contraddistinguono la "teoria standard della decisione", destinataria delle critiche di John R. Searle (2003). La critica più importante colpisce l'approccio idealizzante e conseguentemente il modo piuttosto semplici-

stico con cui viene descritta la scelta razionale. La teoria standard dà infatti per scontato che il soggetto possenga già uno schema preconstituito e ben ordinato delle sue preferenze e che quindi la questione principale consista nello sviluppare razionalmente dei calcoli di probabilità su come pervenire alla sommità dell'ordinamento delle preferenze. In verità il problema sta ancor più a monte: infatti si tratta di stabilire preliminarmente quali preferenze debbano avere la precedenza rispetto ad altre, come quindi sia possibile costruire uno schema adeguato di esse; detto altrimenti, il problema riguarda la volontà del soggetto, e non è affatto scontato che questa sia già ben indirizzata prima che abbia preso avvio la procedura deliberativa.

La critica all'idealizzazione della teoria della scelta razionale è probabilmente uno dei motivi che spiegano perché l'approccio formulato, diversi secoli prima, da Aristotele in merito alla natura della deliberazione susciti ancor oggi un interesse rilevante. Esso infatti pone in collegamento il processo della deliberazione con la personalità del soggetto e con la valenza temporale che la contraddistingue come un'unità narrativa; tale unità, quando si trovi a deliberare e a scegliere nel presente, riflette, anche se spesso in modo inconsapevole, quanto ha vissuto nel passato e nel contempo si proietta verso il futuro. Chi delibera è dotato di un certo carattere, che si è formato nel tempo attraverso l'assunzione di determinati stati abituali e che continua a ridefinirsi e a formarsi, ma non in uno *status* di asetticità, astruendo dal proprio vissuto e dalle determinazioni già operanti.

Per Aristotele deliberazione (*bouleusis*) e scelta (*proairesis*) sono reciprocamente correlate, al punto che molte delle determinazioni valide per l'una possono essere estese anche all'altra. La deliberazione è strettamente legata alla scelta, nel senso che quest'ultima si esprime "dopo" che il soggetto ha condotto la sua

indagine e ha valutato adeguatamente la situazione, dopo insomma che egli ha deliberato (Aristotele, *Eth. Nic.* III, 1112b 10-11).

Aristotele si chiede quale sia l'oggetto della deliberazione o, per essere più precisi, l'ambito esperienziale nel quale essa ha modo di esprimersi. Innanzitutto egli individua le fattispecie nelle quali non può aver luogo il processo deliberativo. Infatti non si può deliberare su ogni cosa, per esempio sulle cose eterne (il cosmo e l'incommensurabilità della diagonale e del lato) e neppure su ciò che avviene per natura o per necessità o per caso (*Eth. Nic.* III, 1112a 21-29). Perché possa darsi, la deliberazione deve riguardare ciò che dipende da noi e più precisamente quelle situazioni che avvengono per lo più (*epi to poly*) e delle quali non è chiaro come andranno a finire e quelle in cui vi è un che di indeterminato (*Eth. Nic.* III, 1112a 30-34; 1112b 8-9).

A ciò si deve aggiungere un ulteriore elemento: la deliberazione non riguarda propriamente il fine, ma ciò che conduce al fine (*ta pros to telos*) (*Eth. Nic.* III, 1112b 12). Il medico – la precisazione è sempre di Aristotele – non delibera se guarire, dal momento che è assodato che la finalità della sua attività risiede proprio nella salute e nella guarigione del malato; semmai il medico si chiede quali siano le modalità che permettono di raggiungere tale fine e su ciò, ovvero su quel che è indirizzato al fine, si può e in qualche modo si deve deliberare.

A sua volta la scelta, che il soggetto compie dopo aver deliberato, è il risultato dell'intreccio tra l'elemento razionale e quello desiderativo, che contraddistingue l'essere umano; e ciò che più conta è che tale intreccio viene indagato non tanto (o almeno, non solo) adottando un'ottica frammentata e immediatistica (la singola azione), ma collocandosi nella prospettiva dell'unità narrativa del soggetto. La scelta (*proairesis*) è definita come "desiderio deliberato" (*orexis bouleutike*) (*Eth. Nic.* III, 1113a 11; 1139a 23); essa è

quindi espressione della razionalità e al tempo stesso del desiderio (*orexis*), che contraddistinguono l'essere umano. Nel testo ci si imbatte in una definizione straordinariamente efficace nella sua profondità speculativa ed essenzialità lessicale: «la scelta è pensiero desiderante (*orektikos nous*) o desiderio pensante (*orexis dianoetike*), e l'uomo è un principio di questa specie» (*Eth. Nic.* VI, 1139 b 4-5). Tale definizione trova il suo completamento in un passo posto a poche righe di distanza, dove si ribadisce che «il desiderio e il ragionamento in vista di qualcosa sono i principi della scelta», per precisare infine quanto segue: «per questo non vi è scelta senza intelletto e pensiero, e senza uno stato abituale del carattere, infatti l'agire bene e il suo contrario non si danno senza pensiero e senza carattere» (*Eth. Nic.* VI, 1139 a 33-36).

Si noti come qui l'accento cada volutamente sulla rilevanza del carattere: non è possibile sviluppare una teoria soddisfacente dell'azione, non è possibile comprendere in modo adeguato il valore della scelta (e della deliberazione) se si astrae dalla considerazione della centralità del carattere e della sua formazione attraverso l'acquisizione di stati abituali. Ne consegue che una teoria dell'azione che voglia indagare il significato della scelta e della deliberazione si qualifica preliminarmente come una teoria dell'agente. Ciò richiede, sul piano conoscitivo, un mutamento che possa dar conto della prospettiva interna, in prima persona, del soggetto. Da un approccio di tipo estrinseco, in terza persona, e tutto concentrato sulla particolarità dell'azione singola si è quindi invitati a passare a un approccio in prima persona, tendenzialmente unitario e concernente il piano di vita, che dà conto della ricchezza e della complessità dell'identità pratica del soggetto.

In tale prospettiva conta più la personalità del medico, quella che Aristotele chiamerebbe il suo carattere (*ethos*); questo può essere forgiato attraverso l'acquisizione nel tempo di disposi-

zioni stabili, le quali possono essere auspicabilmente virtuose (la saggezza pratica, la compassione, l'integrità, la capacità comunicativa e relazionale con i pazienti e così via), come pure ahimè viziose (Pellegrino, Thomasma 1993). Realisticamente tali disposizioni, siano esse buone o cattive, si formano grazie a un esercizio abituale.

Le conseguenze di questo cambiamento di paradigma (dall'azione all'agente) sono notevoli: basti solo pensare alla rilevanza che in tal modo viene ad acquisire la formazione continua del medico, durante l'intero arco della sua vita professionale. Per deliberare bene bisogna quindi continuare a formarsi, sia sul piano strettamente scientifico (avanzamento della ricerca, sperimentazioni, nuove pratiche di cura, aggiornamento continuo sulla letteratura scientifica riferita alla propria specializzazione medica, ecc.), sia sul piano più propriamente etico e deontologico.

3. Deliberare assieme: il consulto medico

Vi è un ulteriore aspetto di originalità della concezione aristotelica, che accompagna il riferimento alla prospettiva della prima persona e alla centralità del carattere e delle sue disposizioni: la deliberazione pratica non va intesa in senso individualistico, essa è in qualche misura un "deliberare assieme", perché il soggetto ha bisogno di essere sostenuto dal consiglio di altri. Non è facile deliberare bene; si è sempre esposti all'incertezza, all'imprevedibilità e a volte all'urgenza, che ti costringe a dover scegliere in tempi brevissimi (ragione in più per rimarcare l'importanza di un carattere ben formato, che anche nell'emergenza sa orientarsi al meglio). Queste difficoltà sono del tutto normali e a esse va incontro inevitabilmente anche l'uomo saggio, il *phronimos*. Si tratta

infatti di dare concretezza – aristotelicamente – al nostro desiderio, alla nostra tendenza indirizzata al fine buono (per il medico la salute) e quindi di individuare le modalità che permettono di pervenire al fine voluto, attraverso la deliberazione e poi la scelta. La deliberazione è l'individuazione di un percorso per una possibile e fattibile realizzazione pratica del fine. Essa richiede una conoscenza attenta e circostanziata della realtà, che ha ben poco a che spartire con forme di decisionismo irrazionalistico o con una teoria della razionalità che pretenda di fornire «un algoritmo per prendere le decisioni più razionali» (Searle 2003, pp. XIV s.).

Proprio l'ambito medico evidenzia come la capacità di ben deliberare debba tener conto di molti elementi. Uno di questi è senz'altro la capacità di confrontarsi con altri, magari più esperti di noi, per conoscere quanti più dati possibili e tentare di individuare i diversi elementi problematici coinvolti. Ci troviamo in difficoltà; avvertiamo la necessità di essere sostenuti nelle nostre decisioni, desideriamo essere consigliati. Nella lingua greca il consiglio (*symbolè*) significa letteralmente “deliberazione (*boule*) con (*sym*)”. Scrive ancora Aristotele: «E ci procuriamo dei consiglieri (*symbolous*) per gli affari di grande importanza, dato che non ci fidiamo di noi stessi, perché crediamo di non essere capaci di discernere bene» (*Eth. Nic.* III, 1112b 10-11). Andiamo alla ricerca di consiglieri per poter essere accompagnati e sostenuti nelle nostre decisioni. *Symbolè* è allora il consiglio, il consulto, che rende possibile ciò che si viene a configurare come una sorta di deliberazione comune, anche se la responsabilità primaria della scelta rimane in capo a colui che ha chiesto e ricevuto il consiglio.

È quindi fuorviante interpretare l'atto medico in senso banalmente individualistico. Basti solo pensare alla funzione delle Linee Guida, debitamente accreditate, ove confluiscono le conoscenze e le esperienze consolidatesi nella ricerca e nella sperimen-

tazione scientifica nonché nelle pratiche concrete. Come è stato ricordato recentemente, in un parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, le Linee Guida forniscono «un sostegno prezioso al processo decisionale del medico», con la dovuta precisazione che in tal modo non viene meno la sua personale responsabilità clinica, etica e deontologica (CNB 2025, pp. 6 s.): egli infatti è comunque chiamato a valutare «l'applicabilità al caso specifico» delle Linee Guida. Quest'ultima citazione è tratta dal *Codice di deontologia medica* (ENOMCEO 2014, art. 13), ove peraltro si ricorda opportunamente che le Linee Guida costituiscono una forma di tutela dal rischio di promuovere «pratiche diagnostiche o terapeutiche delle quali non è resa disponibile idonea documentazione scientifica e clinica, valutabile dalla comunità professionale e dall'Autorità competente».

Già il riferimento alle Linee Guida da parte del medico configura in qualche misura una sorta di deliberazione comune; ma non vi è dubbio che nella pratica medica la modalità classica di una simile declinazione, non individualistica, della deliberazione risieda nella figura del consulto, quindi nella ricerca di un consiglio (*symbolou*) richiesto ai propri colleghi, perché considerati competenti, esperti e non timorosi di condividere le proprie competenze e concrete esperienze cliniche. È per così dire normale che si abbia bisogno del consiglio, della deliberazione comune. Il clinico deve infatti affrontare sfide per certi versi ancor più ardue di quelle a cui va incontro il ricercatore: basti pensare al fattore tempo, che per chi fa ricerca non conosce di fatto restrizioni, mentre per il clinico l'accertamento diagnostico deve svolgersi nel più breve tempo possibile (Scandellari 2009, pp. 158 s.). Insomma, il consulto è così importante che, in alcuni contesti (per esempio, nella Rete Nazionale Trapianti) è stato – per così dire – istituzionalizzato, non perché esso sia obbligatorio, ma perché è una

possibilità sempre prevista e alla quale si può sempre accedere per raccogliere la cosiddetta *second opinion*.

La forma del consulto ha conosciuto nel corso del tempo una sua trasformazione, che tiene conto dell'opportuno superamento della visione paternalistica della pratica medica. Tradizionalmente infatti il consulto era di tipo duale, tra medico che chiedeva consiglio e medico che lo offriva; al più la relazione duale poteva coinvolgere più medici, da una parte e dall'altra. Ora invece il consulto non può non coinvolgere il paziente: la relazione non riguarda solamente due soggetti (medici), bensì tre, così come viene segnalato dal *Codice di deontologia medica* (FNOMCEO 2014, art. 60): «Il medico curante, previo consenso dell'interessato o del suo rappresentante legale, propone il consulto con altro collega ovvero la consulenza presso strutture idonee, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso».

Più in generale la logica del consiglio ha modo di svilupparsi nella relazione terapeutica in cui sia il paziente che il medico svolgono un ruolo attivo e di reciproco sostegno. Si viene così a delineare quella che in modo suggestivo Paul Ricœur ha denominato la «cellula del buon consiglio», in cui il paziente con i suoi familiari e medici si confronta in merito alle scelte da compiere, in «un'entità che non è *noi* e non è *egli*, bensì una relazione di prossimità al di là dell'aspetto istituzionale» (Ricœur 2000, pp. 5 s.). L'auspicabile relazione di prossimità non esclude affatto che questa, per prosperare, necessiti di un qualche sostegno istituzionale. Una possibile esemplificazione di tale logica si può rinvenire nella «pianificazione condivisa delle cure»: si tratta di una novità normativa assai significativa, introdotta dall'art. 5 della Legge 219 del 2017 (Italia 2017), la cui ricchezza e potenzialità sul piano relazionale e terapeutico non è ancora stata adeguatamente esplorata da parte dei medici stessi.

Riferimenti bibliografici

- Aristotele (1999), *Etica Nicomachea*, trad. it. di C. Natali, Laterza, Roma-Bari.
- Arrow K.J. (ed.) (1996), *The Rational Foundations of Economic Behaviour*, Macmillan, London.
- CNB (2020), Comitato Nazionale Bioetica, *Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”*, 8 aprile 2020, pp. 1-11, https://bioetica.governo.it/media/4248/p136_2020_-covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica.pdf.
- CNB (2025), Comitato Nazionale Bioetica, *Linee guida e relazione di cura: profili bioetici*, 19 giugno 2025, pp. 1-10, https://bioetica.governo.it/media/fqspzouo/p155_2025-linee-guida-e-relazione-di-cura.pdf.
- Da Re A., Nicolussi A. (2021), *Hard choices in the pandemic and guidelines. Ethical and juridical remarks on medical responsibility and liability*, in Hon-
dus E., Santos Silva M., Nicolussi A. et al. (a cura di), *Coronavirus and the law in Europe*, Intersentia Uitgevers, Cambridge-Antwerp-Chicago, pp. 411-438.
- FNOMCeO (2014), Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, *Codice di deontologia medica*, https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2023/08/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti_acc.pdf.
- Italia (2017), *Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in «Gazzetta Ufficiale», Serie Generale n. 12 del 16 gennaio 2018.
- Mori M. (2020), *Posizione di minoranza del Prof. Massimo Mori: le Raccomandazioni Siaarti puntano nella direzione giusta*, in Comitato Nazionale Bioetica, *Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”*, 8 aprile 2020, pp. 12-15, https://bioetica.governo.it/media/4248/p136_2020_-covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica.pdf.
- Ricœur P. (2000), *Etica e vivere bene: conversazione con Paul Ricœur*, in L. Aversa, M. Bettetini et al., *Il male*, Raffaello Cortina, Milano 2000, pp. 4-8.

- Scandellari C. (2009), *Metodologia scientifica e metodologia clinica: analogie e differenze*, in P. Giaretta, A. Moretto et al. (a cura di), *Filosofia della medicina. Metodo, modelli, cura ed errori*, il Mulino, Bologna, pp. 151-162.
- Searle J.R. (2003), *La razionalità dell'azione*, Raffaello Cortina, Milano.
- SIAARTI (2020) Società Italiana Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva e del dolore, *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di equilibrio tra necessità e risorse disponibili*, 6 marzo 2020, <https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/03/SIAARTI-Covid19-Raccomandazioni-di-etica-clinica.pdf>.
- Pellegrino E.D., Thomasma D.C. (1993), *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York.
- UEMS (2009), Union Européenne des Médecins Spécialistes, *European Definition of the Medical Act*, <https://uems-prm.eu/wp-content/uploads/2011/05/1306.pdf>.

Atto medico: intenzionalità e responsabilità

di Mario De Caro

Abstract: L'articolo analizza l'atto medico come azione intenzionale fondata su competenza e responsabilità. Distingue atto medico, sanitario e infermieristico, chiarendo i rispettivi ambiti normativi. Esamina come l'IA redistribuisca *agency* e responsabilità, sottolineando limiti, opacità e problemi epistemici. Discute implicazioni etiche su autonomia, *bias* e virtù professionali. Propone infine raccomandazioni su trasparenza, formazione, *governance* e collaborazione.

Introduzione

L'atto medico può essere analizzato come un'azione umana intenzionale tipica: è un'operazione compiuta consapevolmente dal medico con finalità terapeutiche. Nella filosofia analitica dell'azione, l'azione è definita come un comportamento intenzionale distinto da un mero movimento involontario. Secondo la classica teoria di Elizabeth Anscombe (1957) e di Donald Davidson (1963) ciò che caratterizza un'azione non è la forza causale di uno stato mentale, ma la sua descrizione linguistica: un medico agisce intenzionalmente se il suo comportamento viene correttamente descritto in termini di volontà e scopo (es. "prescrivo questa cura").

L'atto medico rientra perfettamente in questa categoria di azione intenzionale: implica il proposito di guarire o alleviare le patologie del malato, una capacità deliberativa e una serie di motivazioni (professionali, deontologiche, umane).

La filosofia dell'azione distingue tra “azioni” (comportamenti dotati di intenzionalità) e “movimenti” (reazioni fisiche o automatismi). Per esempio, il battito cardiaco o un riflesso non sono azioni intenzionali, mentre un gesto terapeutico basato su scelta consapevole lo è. Da questa prospettiva, l'atto medico può essere visto come un paradigmatico atto volontario: il medico non si limita a subire una condizione, ma agisce per modificarla. Nel contesto giuridico italiano tale quadro si riflette nel riconoscimento che l'azione medica esige la volontà e la competenza del medico abilitato, principio affermato nell'articolo 32 della Costituzione Italiana, e ribadito dal *Codice di deontologia medica* emanato dalla FNOMCeO (2014) che all'articolo 13 fa riferimento esplicitamente alle competenze «dirette, esclusive e non delegabili». In sintesi, la nozione filosofica di intenzionalità fornisce la base per comprendere perché solo una persona agentiva e formata (il medico) può compiere un autentico “atto medico”.

1. Atto medico vs atto sanitario/infermieristico

Occorre distinguere l'atto medico – connesso a diagnosi, prescrizioni e cure complesse – dall'atto sanitario in senso lato, che include tutte le prestazioni sanitarie (diagnostiche, preventive, riabilitative) erogate da vari professionisti. Un “atto infermieristico”, ad esempio, può comprendere la somministrazione di farmaci prescritti, l'assistenza ai malati, azioni di cura su indicazione medica. I criteri concettuali chiave per questa distinzione sono:

- finalità curativa: un intervento su soggetto malato rientra nell'ambito sanitario e, se diagnostico o terapeutico, nell'atto medico riservato;
- competenza professionale: l'atto medico richiede abilitazione medica (speciale formazione e iscrizione all'Ordine), mentre l'atto infermieristico rientra nella competenza infermieristica (Italia 1999, Italia 1994);
- ruolo sociale e normativo: la società attribuisce al medico l'autorità diagnostica e prescrittiva.

Prescrivere farmaci o diagnosticare una malattia, ad esempio, è tipico del medico; se ciò fosse fatto da un infermiere si configurerebbe come esercizio abusivo della professione (articolo 348 del codice penale). Al contrario, manovre di cura su pazienti fragili possono competere all'infermiere, purché eseguite su indicazione medica.

Questa distinzione viene riflessa dalle norme italiane. L'articolo 32 della Costituzione tutela la salute come diritto collettivo, implicando che professionisti qualificati debbano occuparsene. Il *Codice di deontologia medica* della FNOMCeO (2014) ribadisce che elementi centrali come diagnosi e prescrizione sono competenza esclusiva del medico. La recente Legge 132/2025 (Italia 2025) all'articolo 7, comma 5 conferma che qualsiasi tecnologia, anche l'IA, deve essere usata da operatori sanitari abilitati. In questo senso si possono citare anche il GDPR e Regolamenti dell'Unione Europea (2016; 2017; 2024) sui dispositivi medici come quadro di supporto. Il punto fondamentale è che, concettualmente, l'atto medico si configura come un'azione professionale dotata di specifica finalità terapeutica e competenza, e non va confuso con altre attività sanitarie.

2. "Agency" e responsabilità con l'IA

Quando si introduce l'intelligenza artificiale (IA) in sanità, cambia la distribuzione dell'azione e della responsabilità. Possiamo distinguere tre scenari generali:

1. IA come supporto al medico: il sistema IA suggerisce possibili diagnosi o trattamenti, ma il medico rimane decisore finale. Qui l'agente primario resta il medico, che consulta l'*output* dell'IA come un «testimone esperto» o un collaboratore tecnologico, valuta la raccomandazione con il proprio giudizio e decide sul modo di procedere. La responsabilità morale e legale del risultato è dunque principalmente del medico, perché l'atto medico è un atto intenzionale. Il produttore dell'IA potrebbe rispondere civilmente solo se il *software* presentasse un difetto di progettazione.
2. Medico che segue la raccomandazione dell'IA: il medico accetta in gran parte la decisione suggerita dall'algoritmo (ad es. in un *triage* automatizzato). In questo l'IA esprime un'opinione, ma l'azione finale viene comunque attribuita al medico che ha autorizzato quell'esito. La responsabilità rimane clinica, sebbene si debba valutare se il medico abbia esercitato adeguata diligenza nel verificare l'algoritmo. In tutti i casi la legge italiana sottolinea che la decisione resta umana.
3. IA autonoma (senza supervisione): questa, allo stato attuale, in Italia è una situazione improbabile, vista la normativa citata, ma si può ipotizzare che in futuro un sistema possa diagnosticare e decidere da solo (per esempio, una applicazione che invia una terapia al paziente). In tale scenario l'agente principale sarebbe l'algoritmo stesso e formalmente l'azienda produttrice; il medico (o la struttura) rimarrebbe in po-

sizione residuale. La responsabilità cadrebbe sul produttore (responsabilità oggettiva per difetto di prodotto) e sulla struttura che ha implementato il sistema; sarebbe difficile imputare una «colpa» a un atto medico perché l'azione non è determinata da un agente umano. Qui emerge la distinzione filosofica tra responsabilità causale (chi ha materialmente causato il danno) e responsabilità morale/normativa (chi avrebbe dovuto vigilare). L'Italia, comunque, segue il principio che comunque all'umano deve restare il controllo: un'IA che operi senza supervisione clinica sfida questo principio etico e legale.

In tutti i casi le questioni di distribuzione dell'*agency* sono cruciali: l'azione diventa "distribuita" fra uomo e macchina. Concettualmente, occorre capire se attribuire a un'IA vera "*agency* morale" (risponderebbe di proprie "intenzioni"?) o considerarla mero strumento. A tutt'oggi, l'approccio prevalente è strumentale: l'IA non è un agente morale indipendente, ma uno "strumento intelligente". Pertanto, i filosofi della tecnologia parlano di "responsabilità distribuita": il medico rimane agente-intenzionale, il programmatore/incaricato della macchina ha responsabilità di sorveglianza, e l'organizzazione sanitaria deve garantire la conformità agli standard etici.

Rilevante è anche il concetto di "prevedibilità": quando un medico adotta un consiglio formulato dall'IA, che poi si rivela errato, quanto era ragionevole prevedere l'errore? Se l'IA è certificata e validata, la colpa potrebbe scemare; se è un *black box* opaco, la difficoltà di controllo aumenta la responsabilità del medico se non è in grado di spiegare il perché della sua decisione finale.

3. Questioni epistemiche

L'introduzione dell'IA solleva problemi di epistemologia pratica. L'algoritmo analizza dati complessi e produce inferenze che il medico può decidere di accettare come “testimonianza” algoritmica. Tuttavia l'autorità epistemica dell'IA è tema controverso: possiamo fidarci ciecamente di una “opinione automatica”? Il medico tradizionalmente si basa su fonti di matrice umana: esperienza, letteratura scientifica, consultazioni con colleghi. L'IA aggiunge una nuova fonte, ossia la testimonianza di un sistema artificiale. La questione è come integrare questa fonte: serviranno regole di epistemologia clinica per pesare, giustificare e revisionare i dati generati dall'IA.

L'opacità degli algoritmi (in particolare le reti neurali complesse) è un ulteriore problema: se un sistema non spiega “come” è giunto alla decisione, il medico non può realmente comprenderne le basi. La “spiegabilità” (*explainability*) è questione epistemica di grande rilevanza: come mostra la filosofia della scienza, le giustificazioni basate su modelli trasparenti sono preferibili alle “scatole nere”. Nel contesto clinico, ciò si traduce nell'esigere che il medico conosca le ragioni di un determinato *output* dell'IA: ad esempio, un radiologo deve comprendere quali caratteristiche del quadro radiografico hanno indotto l'algoritmo a suggerire una diagnosi. Se l'IA fornisce solo un risultato senza spiegazione, il medico esercita una forma di “fiducia epistemica” simile a quella verso un collega: può chiederne conto o verifiche aggiuntive (ad esempio una seconda lettura umana). Filosoficamente, questo richiama l'idea della “testimonianza affidabile”: l'IA è un testimone virtuoso solo se si basa su buone evidenze.

Emergono, quindi, delle chiare sfide epistemiche: come bilanciare il rischio di errore dell'IA con le capacità interpretati-

ve umane? La letteratura filosofica suggerisce atteggiamenti di “umiltà epistemica”: il medico deve trattare l'IA come aiuto, non come oracolo onnisciente (Roncaglia 2023). Un criterio pratico etico è quello di corroborazione incrociata (*cross-check*): eventuali decisioni critiche dovrebbero essere confermate da un secondo metodo, come il consulto con un collega o il ricorso a test differenziali.

4. Implicazioni etiche

In questo complesso quadro, vari principi etici entrano in gioco.

- Consenso informato e autonomia: l'uso dell'IA potrebbe obbligare a nuovo tipo di informativa: il paziente va messo al corrente che la diagnosi o terapia proposte derivano da un algoritmo. Questo, infatti, influenza la sua autonomia di scelta: la fiducia del paziente deve essere fondata sulla trasparenza. A livello deontologico, il medico rimane obbligato a spiegare i motivi di cura e terapie, eventualmente includendo possibili incertezze legate all'IA. Ciò tocca il nodo dell'*informed consent* come impegno comunicativo: la tecnologia non può soppiantare il dialogo medico-paziente.
- Giustizia e *bias*: se l'IA introduce distorsioni (es. diagnosi meno accurate in minoranze o disabili), si viola il principio di giustizia distributiva. La già citata Legge 132/2025 proibisce l'uso di criteri discriminatori, ma resta compito etico dei medici individuare e correggere possibili *bias*. Dal punto di vista filosofico, è questione di equità e responsabilità collettiva: bisognerebbe promuovere una *audit* etica

degli algoritmi e i medici dovrebbero vigilare sull'impatto distributivo delle loro decisioni «assistite».

- Virtù professionali: dalla “virtù epistemica” (curiosità, onestà intellettuale, attenzione) alla “virtù relazionale” (empatia, cura), gli imperativi etici della medicina richiedono di integrare l'IA senza perdere il volto umano della cura. L'eccessiva deferenza all'algoritmo rischia di corrompere virtù come la prudenza clinica. I medici dovrebbero coltivare la prudenza e l'affidabilità: non abbandonarsi passivamente all'IA, ma controllarne gli esiti con giudizio critico. L'etica professionale insegna a trattare ogni paziente come fine, non come mezzo; questo implica che l'IA sia usata come strumento per il bene del paziente, non come scusa per eludere la responsabilità.

5. Raccomandazioni pratiche

Da queste riflessioni filosofiche e normativo-etiche emergono alcune raccomandazioni:

- chiarezza concettuale: gli enti sanitari dovrebbero definire in modo esplicito cosa intendono per “atto medico” e come si dovrebbe considerare l'intervento umano quando è coinvolta l'IA. Ciò aiuterebbe a stabilire Linee Guida interne e a educare i professionisti: ad esempio, nella documentazione clinica si potrebbe precisare sempre chi ha preso le decisioni chiave;
- informazione e documentazione: il medico dovrebbe registrare nell'atto medico la presenza di sistemi IA (modello dell'algoritmo, versione, *output* rilevante) così da garantire

tracciabilità. In caso di contenzioso, questa trasparenza è fondamentale. Inoltre, nel consenso informato andrebbe esplicitato il ruolo svolto dall'IA;

- umiltà epistemica e formazione: nelle politiche ospedaliere, andrebbe promossa una cultura in cui il medico riconosce i limiti dell'IA e la propria fallibilità. Ciò si traduce in formazione continua su IA, corsi di bioetica digitale e team interdisciplinari (composti di medici, eticisti, informatici e giuristi). Le università e gli ordini professionali dovrebbero aggiornare i programmi formativi inserendo moduli di intelligenza artificiale, epistemologia e etica tecnologica, seguendo il richiamo del Comitato Nazionale di Bioetica alla revisione interdisciplinare dei curricula (CNB 2020, § 3.6);
- *Governance* e regolazione: le istituzioni sanitarie dovrebbero istituire commissioni di sorveglianza sull'IA e procedure di verifica indipendente (ad esempio revisione periodica da parte di comitati etici o organi tecnici). A livello nazionale, i legislatori dovrebbero stabilire normative chiare sulla responsabilità civile e penale in caso di errore dell'IA (ad esempio Linee Guida di utilizzo). I *policy maker* potrebbero favorire la creazione di un registro nazionale di algoritmi clinici certificati.

Riferimenti bibliografici

Anscombe G.E.M. (1957), *Intention*, Blackwell, Oxford.

CNB (2020), Comitato Nazionale per la Bioetica e Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita, *Intelligenza artificiale e medicina: aspetti etici*, Presidenza del Consiglio dei Ministri,

<https://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-gruppo-misto-cnbcnb-sv/intelligenza-artificiale-e-medicina-aspetti-etici/>.

Davidson D. (1963), *Actions, Reasons, and Causes*, in «The Journal of Philosophy», 60, 23, pp. 685-700.

FNOMCeO (2014), Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, *Codice di deontologia medica*, https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2023/08/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti_acc.pdf.

Italia (1994), *Decreto Ministeriale 739/94, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*, in «Gazzetta Ufficiale», Serie generale, n. 6 del 9 gennaio 1995.

Italia (1999), *Legge 26 febbraio 1999, n. 42, Disposizioni in materia di professioni sanitarie*, in «Gazzetta Ufficiale», Serie generale, n. 50 del 2 marzo 1999.

Italia (2025), *Legge 23 settembre 2025, n. 132, Disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale*, in «Gazzetta Ufficiale», Serie generale, n. 223 del 25 settembre 2025.

Roncaglia G. (2023), *L'architetto e l'oracolo. Forme digitali del sapere da Wikipedia a ChatGPT*, Laterza, Bari-Roma.

Unione Europea (2016), *Regolamento (UE) 2016/679, General Data Protection Regulation*, in «Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea», L 119/1.

Unione Europea (2017), *Regolamento (UE) 2017/745, Medical Device Regulation*, in «Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea», L 117.

Unione Europea (2024), *Regolamento (UE) 2024/1689, Artificial Intelligence Act*, in «Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea», Serie L.

Il concetto di atto medico in relazione all'uso dell'IA in medicina

Profili dogmatici, responsabilità e bioetica

di Gaetana Natale

Abstract: Il contributo analizza l'atto medico nell'era dell'IA in medicina, soffermandosi su come le tecnologie di *machine learning* stiano ridefinendo il processo decisionale clinico e i presupposti della responsabilità professionale. Evidenzia alcune sfide rilevanti, quali l'estensione dell'atto medico oltre la dimensione terapeutica, la necessità di supervisione umana e la tutela della dignità del paziente rispetto ai sistemi algoritmici opachi. Infine, esamina le principali implicazioni bioetiche, giurisprudenziali e normative (*human in the loop*, consenso informato, IA come supporto decisionale) alla luce dei recenti sviluppi italiani ed europei per governare l'interazione tra medico, paziente e tecnologia.

Introduzione

L'intelligenza artificiale, intesa come l'insieme delle tecnologie capaci di elaborare grandi moli di dati e di produrre modelli predittivi o raccomandazioni cliniche, sta trasformando radicalmente la pratica sanitaria. Tale innovazione impone una riflessione giuridica sul concetto di atto medico, categoria tradizionalmente utilizzata per delimitare l'ambito di esercizio

della professione medica e per individuare i criteri di imputazione della responsabilità professionale. Comprendere cosa debba essere qualificato come atto medico significa infatti stabilire quali attività richiedano necessariamente l'intervento di un professionista sanitario abilitato e quali possano invece essere delegate o supportate da strumenti tecnologici (Sutton, Pincock 2020).

Tradizionalmente, la dottrina ha individuato nell'atto medico quell'insieme di attività diagnostiche, terapeutiche e preventive che, fondate su conoscenze scientifiche e competenze professionali specifiche, sono finalizzate alla tutela della salute del paziente (SIRM 2025). Tuttavia, l'integrazione di sistemi di *machine learning* sta alterando i processi di raccolta dati e formulazione delle diagnosi, sollevando criticità etico-giuridiche sulla distribuzione delle responsabilità e sulla tutela della dignità del paziente.

Il momento decisionale è stato a lungo considerato l'elemento caratterizzante dell'atto medico: non una mera applicazione meccanica di protocolli, ma un esercizio di giudizio professionale nel quale la competenza scientifica si combina con l'esperienza clinica e la valutazione individualizzata del caso concreto. Oggi, però, la decisione clinica emerge sempre più dall'interazione tra competenze umane e capacità computazionali.

L'obiettivo del presente contributo è pertanto quello di analizzare l'evoluzione del concetto di atto medico alla luce delle trasformazioni tecnologiche contemporanee, con particolare attenzione all'impatto dell'intelligenza artificiale sulla struttura del processo decisionale clinico e sulle categorie giuridiche tradizionalmente utilizzate per disciplinare l'attività sanitaria.

1. Il concetto di atto medico nella riflessione giuridica

Nel diritto sanitario il concetto di atto medico ha storicamente svolto una funzione essenziale nel delimitare l'ambito di esercizio della professione medica e nel definire il perimetro delle responsabilità professionali. Nel corso del tempo, tale nozione ha conosciuto un progressivo ampliamento, fino a ricomprendere una pluralità di attività che eccedono il momento strettamente clinico e che si collocano in un contesto più ampio di tutela della salute. In assenza di una disciplina legislativa organica, la nozione è stata plasmata da organismi rappresentativi.

Una delle prime formulazioni è quella proposta dalla Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche nel 2014, quale «competenza esclusiva e non delegabile del medico», finalizzata a «la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle malattie», e realizzabile sulla base di evidenze scientifiche e abilitazione professionale.

Una definizione particolarmente significativa in ambito europeo è stata fornita dall'Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS), che nel documento n. 14 del 2009, ha proposto una concezione ampia di atto medico, che ricomprende

tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione (UEMS 2009).

Questa definizione evidenzia alcuni elementi essenziali. In primo luogo, mette in luce come l'attività medica non possa essere ridotta alla sola dimensione terapeutica, ma comprenda anche funzioni scientifiche, educative e organizzative. In secondo luogo, ribadisce la centralità del medico quale soggetto responsabile dell'atto sanitario, che deve essere svolto direttamente dal professionista abilitato o comunque sotto la sua supervisione. Nonostante la sua ampiezza, tale definizione presenta tuttavia alcune lacune. In particolare, essa non considera in modo esplicito il contesto in cui l'atto medico si svolge né la dimensione temporale della decisione clinica. In altri termini, risultano poco esplicitati due elementi fondamentali che possono essere sintetizzati nel "dove" e nel "quando" dell'atto medico. Il luogo della cura non è più solo l'ospedale, ma si estende agli ambienti digitali e alla telemedicina (Natale 2025; Aperio Bella 2023): la telemedicina modifica in modo rilevante le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, spostando l'intervento terapeutico dal tradizionale contesto fisico — come l'ospedale o altri luoghi di cura — a uno spazio virtuale. Questo cambiamento richiede di verificare attentamente se la prestazione possa essere svolta adeguatamente a distanza, attraverso una valutazione caso per caso che tenga conto della natura dell'intervento sanitario, del livello di rischio e dell'eventuale utilizzo di dispositivi medici idonei a effettuare rilevazioni o interventi da remoto; la dimensione temporale, invece, lega la decisione alle evidenze scientifiche e alle risorse disponibili in un dato momento storico.

Nonostante il naufragio delle proposte di legge del 2015 e del 2020, punti di riferimento restano il *Codice di deontologia medica* del 2014 — che all'art. 3 sancisce la diagnosi come competenza «esclusiva e non delegabile» che ne impegna l'autonomia — e le riflessioni del Comitato Nazionale per la Bioetica, che eviden-

zia l'incertezza dei confini tra atto medico e trattamenti non curativi. Un esempio significativo è rappresentato dalla diffusione della chirurgia plastica con finalità meramente estetiche, la quale, pur non essendo orientata alla cura di una patologia, può comportare rischi anche rilevanti per la salute del paziente.

Ulteriori elementi di complessità derivano dalla crescente integrazione tra l'attività del medico e quella svolta da altre professioni sanitarie, come infermieri, ostetriche e operatori socio-sanitari. Non è un caso che la Legge n. 24 del 2017, nota come Legge Gelli-Bianco, abbia disciplinato la responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie adottando una nozione unitaria di prestazione sanitaria, senza distinguere espressamente tra l'atto del medico e quello degli altri professionisti (art. 5). Alla responsabilità del singolo professionista si affianca inoltre quella della struttura sanitaria. L'articolo 7 stabilisce infatti che la struttura risponde delle condotte dolose o colpose dei professionisti che, a qualunque titolo, operano al suo interno, nonché delle inefficienze, carenze o disfunzioni organizzative e gestionali che possano arrecare danno al paziente.

Tutti questi elementi mostrano come l'atto medico non possa essere concepito come un evento puramente tecnico, ma debba essere interpretato come un processo complesso, collocato all'interno di un contesto scientifico, organizzativo e relazionale.

In questa prospettiva assume particolare rilievo anche la recente Legge quadro sull'intelligenza artificiale, approvata in via definitiva dal Senato, che segna un passaggio significativo per la medicina italiana. Per la prima volta viene infatti affermato in modo esplicito che le decisioni nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e scelta terapeutica spettano esclusivamente agli esercenti la professione medica.

2. L'atto medico nella giurisprudenza recente

La difficoltà di definire con precisione il concetto di atto medico emerge con particolare evidenza nell'elaborazione giurisprudenziale. In assenza di una definizione normativa esplicita, i giudici hanno svolto un ruolo significativo nel chiarire i confini dell'agire medico, contribuendo a delineare progressivamente i tratti essenziali dell'atto medico all'interno dell'ordinamento.

Un esempio particolarmente significativo è rappresentato dalla Sentenza n. 5940 del 2025 del Tribunale di Roma, relativa al noto caso Panzironi. In tale pronuncia il giudice ha sottolineato come l'ordinamento giuridico italiano non contenga una definizione normativa espressa di atto medico, rendendo pertanto necessario procedere a una ricostruzione interpretativa della categoria sulla base di una pluralità di fonti. Il Tribunale ha infatti richiamato, tra gli altri, il Regio Decreto n. 1265 del 1943, la Legge n. 409 del 1985, la Legge n. 3 del 2018 di riforma degli ordini professionali e il *Codice di deontologia medica*, utilizzando tali riferimenti per individuare i criteri attraverso cui stabilire quando una determinata attività debba essere qualificata come riservata alla professione medica.

Il caso sottoposto all'attenzione del Tribunale riguardava attività di divulgazione scientifica e di prescrizione dietetica svolte da soggetti privi di abilitazione professionale. Secondo i giudici, tali attività non potevano essere considerate meri atti di informazione o di comunicazione, ma integravano, per modalità e contenuto, veri e propri interventi incidenti sulla salute delle persone, attività ritenute idonee a configurare gli estremi dell'esercizio abusivo della professione medica.

Dall'analisi della pronuncia emergono alcune affermazioni di particolare rilievo sul piano giuridico. In primo luogo, l'atto me-

dico non si esaurisce nella prestazione clinica propriamente intesa, ma comprende anche attività di carattere scientifico, informativo ed educativo, qualora queste siano finalizzate a orientare comportamenti o decisioni relative alla salute. In secondo luogo, l'atto medico non è necessariamente rivolto esclusivamente al singolo paziente, ma può essere indirizzato anche a gruppi di persone o a comunità più ampie, come avviene, ad esempio, nel caso di campagne informative o di programmi di educazione sanitaria. Infine, l'atto medico presuppone l'adozione e la diffusione di pratiche diagnostiche e terapeutiche che siano validate dalla comunità scientifica e coerenti con le conoscenze mediche consolidate.

Una simile interpretazione assume un rilievo ancora maggiore nel contesto contemporaneo. Nell'epoca della medicina digitale, infatti, le informazioni relative alla salute possono essere diffuse attraverso una pluralità di canali, tra cui piattaforme *online*, *social network* e sistemi di comunicazione digitale. In questa prospettiva, l'interpretazione estensiva adottata dal Tribunale di Roma appare particolarmente significativa, poiché contribuisce a riaffermare la centralità della competenza medica e della validazione scientifica anche in contesti nei quali l'intervento sanitario si realizza attraverso forme comunicative o informative.

3. L'atto medico, la responsabilità professionale e le nuove riforme legislative

Lo sviluppo di algoritmi di *machine learning* e di modelli predittivi fondati sull'analisi di enormi quantità di dati (*Big Data*) ha reso possibile l'impiego di strumenti capaci non soltanto di supportare, ma talvolta anche di orientare in modo decisivo le scelte cliniche (Spena 2023). Questa evoluzione sta trasformando i tre

pilastrì dell'*ars medica* – medico, malato e malattia – inserendoli in un contesto dove il professionista opera in un ambiente tecnologicamente avanzato e il paziente partecipa attivamente a un percorso di cura mediato dai dati.

In questo scenario emerge con forza il problema della possibile frammentazione dell'atto medico: occorre chiedersi se esso resti un'attività unitaria o se si stia tramutando in un processo ibrido, dove l'analisi predittiva è delegata alla macchina mentre al medico pertiene la sola validazione finale. In questa prospettiva assume particolare rilievo il principio del cosiddetto *human in the loop*, secondo il quale l'intervento umano deve rimanere elemento imprescindibile nella catena decisionale, anche quando essa è supportata da sistemi automatizzati (UE 2016, art. 22).

Il tema si intreccia con quello della responsabilità professionale (Cascini, Macrì 2022; Faccioli 2025), oggi al centro di riforme cruciali come il Disegno di Legge n. 2700 del 2025. La normativa valorizza le Linee Guida e le Buone Pratiche come parametri della condotta medica, ma al tempo stesso introduce una visione "situata" dell'atto medico, che deve essere valutato in relazione alle risorse e al contesto organizzativo. Ne consegue che la diligenza del medico deve ormai comprendere non solo le competenze cliniche, ma anche la capacità di gestire strumenti digitali complessi.

Sotto il profilo della responsabilità civile, l'impiego dell'intelligenza artificiale introduce tuttavia variabili di particolare complessità, soprattutto per quanto riguarda l'accertamento del nesso di causalità e della colpa professionale. La diligenza qualificata (art. 1176, co. 2, c.c.) deve oggi confrontarsi con l'opacità della cosiddetta *black box* algoritmica, che può rendere difficile per il medico comprendere l'iter logico di una raccomandazione. Il professionista si trova stretto tra l'*automation bias* (eccessiva fiducia nel sistema) e il rischio di ignorare correlazioni statistiche superiori

alla capacità umana. Tale complessità tecnologica rischia di diluire le responsabilità tra colpa del sanitario e difetto del prodotto, portando la giurisprudenza a interrogarsi se l'uso dell'IA costituisca una prestazione di particolare complessità ex art. 2236 c.c. o, al contrario, uno standard di cura la cui omissione configuri colpa.

In questo contesto si inserisce la Legge n. 132 del 2025, adottata in attuazione del Regolamento (UE) 2024/1689 sull'intelligenza artificiale (*AI Act*), che fornisce per la prima volta un quadro normativo unitario sull'impiego dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario, qualificando l'IA come strumento di supporto e non come sostituto del giudizio umano (Di Bello 2025).

La decisione clinica rimane un atto personale e imputabile al medico, confermando la medicina come *res medica sub specie iuris*. La legge impone la supervisione umana obbligatoria per i sistemi ad alto rischio e la tracciabilità delle decisioni – tramite, per esempio, il Fascicolo Sanitario Elettronico – a fini clinici e probatori.

Un ulteriore profilo riguarda il consenso informato. La Legge n. 132 del 2025 introduce l'obbligo di acquisire un consenso specifico all'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale nella diagnosi o nel trattamento, in coerenza con i principi già sanciti dalla Legge n. 219 del 2017. Il consenso informato assume così una dimensione ulteriore, trasformandosi in uno strumento di partecipazione consapevole anche rispetto alle tecnologie utilizzate nella cura (Scarpa 2024). In questo quadro si colloca l'istituzione della Piattaforma Nazionale di Intelligenza Artificiale in Sanità, affidata ad AGENAS, per garantire supervisione pubblica e sicurezza dei dati. L'atto medico, pur mediato dalla tecnica, resta così saldamente ancorato alla responsabilità professionale del professionista.

4. L'intelligenza artificiale nella pratica medica

L'introduzione dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario rappresenta una delle trasformazioni più rilevanti della medicina contemporanea (Vulpiani 2024; Ruffolo 2023). L'evoluzione tecnologica degli ultimi anni ha infatti reso possibile l'elaborazione e l'analisi di quantità di dati sanitari prima difficilmente gestibili, aprendo la strada a nuove modalità di supporto alle decisioni cliniche e alla gestione dei percorsi di cura (*ibidem*).

Non è dunque casuale che il tema dell'intelligenza artificiale in sanità abbia assunto una posizione centrale anche nel dibattito istituzionale e europeo. Il Libro Bianco sull'intelligenza artificiale (UE 2020) evidenzia, sin dalle sue premesse, come queste tecnologie siano destinate a migliorare l'accuratezza diagnostica e la prevenzione, elevando gli standard dei sistemi sanitari.

Accanto ai vantaggi operativi, l'intelligenza artificiale presenta inoltre un potenziale significativo nel campo della ricerca biomedica. L'analisi avanzata dei dati clinici e genetici può infatti facilitare l'identificazione di nuovi bio-marcatori, migliorare la comprensione dei meccanismi delle malattie e accelerare i processi di sviluppo di nuovi farmaci e terapie personalizzate. In questo senso, l'IA rappresenta uno strumento capace di favorire il progresso scientifico e di aprire nuove prospettive nella medicina di precisione.

Un rapporto dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD 2024) ha evidenziato come l'IA offra risposte concrete alle sfide demografiche attuali, tra le quali l'aumento della domanda di servizi sanitari, l'invecchiamento progressivo della popolazione e il crescente peso delle malattie croniche, fenomeni che esercitano una pressione sempre maggiore sulle strutture sanitarie e sulle risorse disponibili.

Tuttavia, all'entusiasmo per le opportunità si affiancano criticità etiche e giuridiche non trascurabili. L'affidabilità dei sistemi algoritmici è strettamente dipendente dalla qualità dei *dataset* di addestramento: il rischio di *bias* e distorsioni nei dati può tradursi in risultati discriminatori o errori diagnostici fatali. Inoltre, la natura spesso opaca del processo decisionale automatizzato impone una riflessione sulla trasparenza e sulla sicurezza dei dati trattati.

Dal punto di vista dogmatico, la questione centrale rimane la collocazione della raccomandazione algoritmica entro il processo decisionale. Se l'atto medico è, per tradizione, sintesi di scienza, esperienza e valutazione del caso concreto, occorre stabilire quanto spazio possa legittimamente occupare l'indicazione prodotta dalla macchina. L'IA non può infatti sostituire la responsabilità del medico, che rimane il *dominus* della decisione clinica. L'integrazione tra sensibilità umana e potenza computazionale si profila dunque come il tratto distintivo della medicina del futuro, richiedendo al diritto lo sforzo di elaborare categorie capaci di governare questa simbiosi senza snaturare l'essenza della professione sanitaria.

5. Bioetica e personalizzazione: la “riserva di umanità”

L'integrazione dell'intelligenza artificiale in medicina trascende l'aspetto tecnico per investire direttamente il nucleo relazionale della cura. Dal punto di vista bioetico, l'atto medico non è un evento meramente tecnico, ma un processo di dialogo e comprensione reciproca. Il principio di personalizzazione impone che la decisione clinica non si fondi solo su evidenze statistiche, ma consideri la storia, i valori e le aspettative del paziente.

L'algoritmo, operando su correlazioni probabilistiche e medie, rischia di ridurre il paziente a una combinazione di variabili cliniche, trascurandone la dimensione biografica. Per questo, la bioetica contemporanea invoca una “riserva di umanità”: l'idea che le decisioni incidenti sulla dignità e sulla sofferenza non possano essere delegate a sistemi automatizzati, ma debbano restare nella sfera della responsabilità umana. Tale esigenza si scontra con l'opacità dei modelli di IA (le cosiddette *black boxes*), che rende complesso per il medico assolvere l'obbligo di informazione sancito dalla Legge n. 219 del 2017. Se il professionista non può spiegare il percorso logico della macchina, l'autonomia decisionale del paziente e la qualità del consenso informato risultano inevitabilmente indebolite.

La pratica medica presuppone anche la capacità di instaurare e mantenere un rapporto di fiducia con il malato, di comunicare in modo realistico e comprensibile e di ascoltare con attenzione le sue paure, le sue aspettative e le sue preoccupazioni. Questa impostazione trova oggi un chiaro riconoscimento anche sul piano normativo. L'art. 1, comma 2, della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 descrive la relazione tra medico e paziente come un rapporto fondato sulla fiducia reciproca e sul dialogo. Il legislatore ha così valorizzato esplicitamente la dimensione relazionale della cura, riconoscendo che la decisione terapeutica nasce dall'incontro tra l'autonomia del paziente e la competenza professionale del medico. Non a caso, il comma 8 dello stesso articolo stabilisce che «il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura», evidenziando come il dialogo rappresenti una componente essenziale dell'attività sanitaria.

L'introduzione dell'IA trasforma questo rapporto bipolare in una “triangolazione” tra medico, paziente e tecnologia (Colletti 2023). In questo schema, il medico assume la funzione di “tradut-

tore” e mediatore: egli deve interpretare le indicazioni dell'algoritmo per inserirle in una relazione empatica che la macchina non può sostituire. L'intelligenza artificiale può certamente elaborare dati e fornire raccomandazioni cliniche, ma non è in grado di sostituire il medico nella capacità di comprendere l'esperienza soggettiva della malattia o di accompagnare il paziente nelle decisioni che riguardano la propria vita. In questo senso, l'IA può al più fungere da strumento di supporto alla decisione, ma non può assumere il ruolo di interlocutore umano all'interno della relazione terapeutica (Natale 2024).

Un riferimento significativo in questo ambito è rappresentato dalla Dichiarazione di Ginevra, nella sua versione aggiornata del 2017, che costituisce una moderna riformulazione del giuramento ippocratico. In essa vengono ribaditi alcuni principi fondamentali della professione medica, tra cui la centralità del benessere del paziente, il rispetto della sua autonomia e l'obbligo di esercitare la professione secondo le migliori pratiche mediche.

Il diritto è dunque chiamato a garantire livelli adeguati di trasparenza e spiegabilità (*explainability*), affinché la tecnologia non diventi una barriera, ma uno strumento a supporto di una cura che resti, nella sua essenza, un'alleanza tra persone.

Conclusioni

In conclusione, si può evidenziare come la trasformazione tecnologica in corso non prelude alla scomparsa dell'attività del medico, ma ne sta ridefinendo profondamente le modalità d'esercizio. Come confermato dagli studi internazionali, l'intelligenza artificiale è destinata a una funzione di supporto decisionale (*clinical decision support*), mentre la responsabilità finale rimarrà salda-

mente in capo al professionista. In quest'ottica, la tecnologia non sostituisce l'umano, ma ne potenzia le capacità analitiche, elevando la qualità della decisione clinica. L'atto medico del futuro si configura quindi come il prodotto di un'integrazione simbiotica tra capacità computazionale e giudizio valutativo. In questo scenario, il diritto deve garantire che il progresso non oscuri la funzione del medico quale garante ultimo dell'interesse del paziente. La supervisione umana (*human oversight*), pilastro della recente normativa europea, assicura che il processo di digitalizzazione rimanga orientato alla tutela della salute.

Riferimenti bibliografici

- Aperio Bella F. (2023), *The Role of Law in Preventing "Remote" Defensive Medicine: Challenges and Perspectives in the Use of Telemedicine*, in «federalismi.it», 1, pp. 305-318.
- Cascini F., Macrì P.G., Hazan M. (2022), *Sanità digitale e telemedicina: profili innovativi, rischi e responsabilità*, in F. Gelli et al. (a cura di), *Responsabilità, rischio e danno in sanità*, Giuffrè, Milano.
- Colletti E. (2023), *Intelligenza artificiale e responsabilità civile: le nuove sfide in ambito sanitario*, in «Actualidad Jurídica Iberoamericana», 18, pp. 1124-1147.
- Di Bello F. (2025), *Intelligenza artificiale in medicina e sanità: la nuova legge italiana. Il valore dei dati e il primato del giudizio umano*, in «il punto», 3, pp. 34-37.
- Faccioli M. (2025), *La responsabilità civile di medici e strutture sanitarie nell'esercizio della telemedicina*, in «Responsabilità Medica», 2, pp. 153-164.
- Natale G. (2025), *L'intelligenza artificiale in sanità. Il dialogo necessario tra medicina, etica e diritto*, Cedam, Padova-Milano.
- Natale G. (2024), *La sanità in Italia. Il futuro delle competenze nell'era dell'Intelligenza Artificiale*, in «Rassegna Avvocatura dello Stato», 1, <https://>

- www.avvocaturastato.it/sites/avvocaturastato.it/files/2024-12/IA_SANITA%27_%20NATALE_Layout%201.pdf.
- OECD (2024), *Artificial Intelligence and the Health Workforce*, https://www.oecd.org/en/publications/artificial-intelligence-and-the-health-workforce_9a-31d8af-en.html.
- Ruffolo U. (2023), *L'Intelligenza Artificiale nei dispositivi medici e nell'attività sanitaria: per un'analisi interdisciplinare circa responsabilità, controlli preventivi e disciplina dei dati sanitari. Le conseguenti proposte interpretative e normative*, in Ruffolo U., Gabbrielli M. (a cura di), *Intelligenza Artificiale, dispositivi medici e diritto*, Giappichelli, Torino, pp. 3-30.
- Scarpa D. (2024), *Il consenso informato nel sistema delle tutele tra adeguatezza e autonomia contrattuale*, in «Responsabilità Medica», 4, pp. 395-408.
- SIRM (2025), Società Italiana di Radiologia Medica, *Commissione di Albo nazionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Analisi e commento sul documento Atto medico radiologico della Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica*, 3 marzo 2025, <https://www.tsrm-pstrp.org/wp-content/uploads/2025/03/ALLEGATO-1-Documento-di-commento-Atto-medico-radiologico-SIRM-.pdf>.
- Spena M.C. (2023), *La salute tra nuove sfide della contemporaneità. Digitalizzazione, privacy e modelli di governance*, Editoriale Scientifica, Napoli.
- Sutton R.T., Pincock D., Baumgart D.C., Sadowski D.C. et al. (2020), *An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success*, in «Npj Digital Medicine», 3, 17, doi.org/10.1038/s41746-020-0221-y.
- Thiene A. (2024), *Divieto di trattamento di dati relativi alla salute, consenso dell'interessato e innovazione tecnologica*, in Aperio Bella F., Posteraro N., Sandulli M.A. (a cura di), *Il comitato di ricerca si confronta. II. I report del CeSDirSan*, Editoriale Scientifica, Napoli, pp. 75-113.
- Vulpiani G. (2024), *Intelligenza artificiale in ambito sanitario tra tutela dei diritti fondamentali della persona e responsabilità*, in Id. (a cura di), *Diritto, intelligenza artificiale e medicina*, E.S.I., Napoli.

Atto medico, inaudalgia e ascolto trascendentale

Per una riformulazione fenomenologica della pratica clinica

di Giovanni Scarafile

Abstract: L'atto medico, nella sua concezione corrente, esclude ciò che dovrebbe costituirlo: l'ascolto. Non l'ascolto come cortesia o competenza relazionale, ma come condizione trascendentale — ciò che rende possibile che un'esperienza di malattia emerga come tale. Il saggio introduce la nozione di *inaudalgia*: il dolore che nasce quando la parola del paziente, pur udita, non viene accolta nella sua portata vissuta. Ne deriva una riformulazione: l'atto medico non è originariamente un atto, ma una risposta.

Non si deve mai fare dell'esistenza o dell'essenza dell'uomo globalmente inteso una posta in gioco nelle scommesse dell'agire.

Hans Jonas

Introduzione

Questo saggio intende sostenere una tesi precisa: la nozione di atto medico, così come è comunemente intesa nella teoria e nella pratica clinica, deve essere riformulata includendo tra le sue condizioni costitutive una forma di ascolto non riducibile né a disposizione relazionale né a competenza comunicativa, ma di

ordine trascendentale – ossia orientata alle condizioni di possibilità del senso della pratica e alla sua esposizione all'eccedenza dell'esperienza.

L'ipotesi di fondo è che l'ascolto venga oggi inteso quasi esclusivamente nella sua forma empirica, vale a dire come insieme di atteggiamenti, tecniche o modalità dell'interazione che accompagnano l'atto medico senza inciderne la struttura, talché esso appare come qualcosa che può essere migliorato, modulato o persino sospeso senza che ne venga compromessa l'intelligibilità di fondo; ciò che resta in ombra, in questa prospettiva, è la possibilità che l'ascolto operi a un livello più radicale, non come qualità dell'incontro, ma come condizione che rende possibile che qualcosa come un caso clinico, una domanda o un'esperienza di malattia emerga come tale (cfr. Fonagy, Hepworth 2023).

La tesi che qui si intende argomentare è che senza questa dimensione – che verrà definita come ascolto trascendentale – l'atto medico resta formalmente corretto ma teoricamente incompleto, poiché incapace di mantenere il legame con ciò a cui dovrebbe rispondere: l'esperienza vissuta della malattia e la domanda implicita che essa articola. Il problema, in altri termini, non riguarda il grado di attenzione o di sensibilità del medico, ma il livello al quale si costituisce l'intelligibilità stessa della pratica clinica. Per sviluppare questa tesi, il saggio procederà attraverso tre passaggi: in primo luogo, verrà introdotta la nozione di ascolto trascendentale, distinguendola dalle forme di ascolto che operano all'interno di un quadro di senso già dato; in secondo luogo, sarà analizzato il fenomeno dell'inaudalgia, inteso come forma specifica di sofferenza che emerge quando la parola del paziente, pur essendo materialmente udita, non viene accolta nella sua portata esperienziale; infine, verrà proposta una riformulazione della nozione di atto medico, nel quale l'ascolto trascendentale non si aggiunge

come corredo etico esteriore, ma ne costituisce una condizione interna e irrinunciabile.

1. Oltre l'ascolto empirico: fenomenologia e statuto trascendentale dell'ascolto nella pratica clinica

In un recente convegno internazionale a cui ho partecipato, al termine di un lungo intervento dedicato al senso dell'ascolto nella relazione medico-paziente, mi è stata rivolta una domanda: «e se il paziente chiede di avere il suicidio, il medico dovrebbe ascoltarlo anche in questo caso?». La domanda era formulata con l'aria di chi crede di aver individuato il punto decisivo, la crepa capace di far crollare l'intero edificio; e confesso che la distanza tra ciò che avevo cercato di elaborare e la forma stessa dell'obiezione mi ha lasciato per un istante senza parole – non per la profondità del problema, ma per la sua capacità di collocarsi esattamente fuori dal campo della questione, offrendo un esempio nitido di un riflesso piuttosto diffuso: quello di trasformare un caso limite in una scorciatoia argomentativa, prendendo una situazione estrema, caricandola di tutto il suo peso emotivo e normativo, e utilizzandola come banco di prova definitivo – come se si potesse comprendere il senso di una pratica riducendola al punto in cui essa vacilla.

La domanda non era tanto profonda quanto prevedibile, poiché non interrogava realmente il significato dell'ascolto, ma presupponeva già che esso fosse una variabile opzionale, una disposizione etica applicabile o sospendibile a seconda dei casi. Ed è proprio qui che si annida l'equivoco: ridotto in questo modo, l'ascolto diventa un contorno etico, un elemento decorativo dell'atto medico che sta attorno alla diagnosi e alla terapia sen-

za incidere sulla loro costituzione (Scarafile 2024) – ragione per cui è perfettamente coerente, in questa prospettiva, chiedersi se in certe situazioni sia opportuno ascoltare oppure no, come se si trattasse di modulare il grado di umanità di una pratica che resta, nel suo nucleo, indipendente dalla relazione. Il caso limite non smaschera un limite dell'ascolto, ma un limite del modo in cui lo si è preliminarmente inteso.

Se, invece, si assume sul serio ciò che l'esperienza clinica continuamente mostra, la prospettiva si rovescia: l'ascolto non interviene alla fine come un'aggiunta più o meno opzionale, ma opera all'inizio – rende possibile che qualcosa come un caso emerga, che una domanda prenda forma, che un sintomo diventi dicibile e quindi conoscibile – e, prima ancora di essere una scelta etica, si configura come condizione di intelligibilità.

Qui il riferimento alla fenomenologia della malattia diventa decisivo, perché, come scrive Carel, «Non è sufficiente considerare la malattia come un'entità nel mondo che può essere studiata con gli strumenti della scienza. Per comprendere pienamente la malattia, essa deve essere studiata anche come esperienza vissuta» (Carel 2016, p. 1); se la malattia deve essere compresa anche come esperienza vissuta, l'ascolto non è una cortesia aggiunta al sapere clinico, ma il luogo in cui tale esperienza può apparire come tale. Questo passaggio è richiesto dalla natura stessa della malattia, che Carel definisce come «una trasformazione completa della propria vita» e, ancora più radicalmente, come «un crollo di significato nella vita della persona malata» (Carel 2016, p. 14). Dunque, se la malattia trasforma globalmente la vita e incrina le strutture del senso, un ascolto meramente empirico o psicologico risulta insufficiente, e si rende necessaria una nozione più esigente – quella di un ascolto in senso trascendentale.

Si consideri, per cogliere concretamente la differenza, una si-

tuazione clinica ordinaria nella quale un medico, dopo aver comunicato una diagnosi severa, si disponga ad ascoltare il paziente nel senso più comune del termine: non lo interrompe, lascia che parli, mostra empatia, cerca di non apparire freddo o meramente procedurale. Tutto questo può risultare apprezzabile e tuttavia mancare ciò che qui è in questione, poiché proprio nel momento in cui il paziente parla, ciò che egli dice viene già preliminarmente tradotto entro categorie funzionali che il dispositivo della pratica ha predisposto, sicché il medico ascolta soltanto ciò che il proprio quadro di intelligibilità gli consente già di riconoscere – il “detto” in quanto già ricondotto al “noto” – mentre non ascolta il punto in cui, dentro il detto, si produce un’incrinatura dell’ordine di senso presupposto. Se il paziente dicesse «Non voglio essere trattato come un corpo da riparare», un ascolto soltanto psicologico o relazionale potrebbe immediatamente tradurre questa frase nei codici consueti – un timore, un bisogno di assicurazione – ma proprio in questa traduzione verrebbe smarrito il massimo rilievo fenomenologico ed etico di quella parola, la quale non esprime soltanto uno stato interno, bensì interrompe il regime di intelligibilità entro cui la relazione è stata ordinata.

È a questo livello che emerge la differenza tra ascolto empirico – ossia l’ascolto concepito come disposizione di tatto o di benevolenza aggiunta a una pratica la cui intelligibilità si presume già data – e ascolto trascendentale: il primo può rendere più umana la superficie della relazione, può attenuare la brutalità dell’interazione, può perfino produrre un certo effetto di riconoscimento soggettivo, ma non interroga le condizioni di possibilità della pratica, non porta alla luce il quadro di senso che la regge, non si espone al punto in cui tale quadro viene ecceduto da qualcosa che non vi trova immediata collocazione, e resta perciò intra-sistemico – umanizza la forma dell’incontro, ma non mette a tema il

sistema di attese, di ruoli e di criteri di adeguatezza che lo rende ciò che esso è.

Per ascolto trascendentale si deve intendere una postura di comprensione che non si limita a registrare empiricamente comportamenti, enunciati, preferenze, emozioni o vissuti, e che nemmeno si esaurisce nella raccolta delle auto-descrizioni degli attori, bensì mira a cogliere, dall'interno dell'esperienza concreta, le condizioni di possibilità che rendono una pratica intelligibile come tale, insieme al punto in cui tali condizioni vengono scosse o rimesse in questione da ciò che irrompe in essa come "alieno". L'aggettivo trascendentale, in questo contesto, non rimanda affatto a una posizione esterna, sovra-esperienziale o astrattamente *a priori*, ma designa quel movimento dell'analisi che, restando dentro l'esperienza, non si arresta a ciò che vi appare in superficie, bensì cerca ciò che la rende possibile, ciò che permane nella variazione storica delle sue forme, e insieme ciò che, in ciascuna forma storicamente determinata, non si lascia del tutto integrare nell'ordine che essa istituisce.

L'ascolto trascendentale è orientato, in primo luogo, verso le "strutture invarianti di senso" – ciò che deve essere già operante perché una pratica possa apparire come ciò che è e non come una mera successione di gesti e di procedure: in un colloquio clinico, non basta che due soggetti si trovino nello stesso spazio e parlino, ma occorre che sia operante un orizzonte di cura, una distribuzione asimmetrica delle responsabilità, un criterio che distingua il dato clinico dalla dispersione discorsiva. Tali strutture, tuttavia, non sono mai puramente semantiche, poiché il senso di una pratica è sempre già intrecciato a una normatività interna che si esercita dall'interno del suo funzionamento. Per questa ragione, un secondo tratto dell'ascolto trascendentale consiste nella capacità di portare alla luce la trama normativa implicita di ogni pratica

concreta (cfr. Korsgaard 1996) – quella normatività silenziosa che precede i giudizi morali formalizzati e i dispositivi deontologici, il che significa che l'etico non sopraggiunge come applicazione esterna di principi generali, ma è già inscritto nella struttura della pratica.

Diventa allora chiaro il ruolo del contesto, inteso non come sfondo empirico, ma come forma di vita – quel tessuto pratico condiviso nel quale si stabilizzano modi di agire, di interpretare e di attribuire significato, e dentro il quale i ruoli acquistano riconoscibilità normativa. Una stessa frase non possiede lo stesso senso in un'aula universitaria e in una stanza d'ospedale, non perché muti il tono dell'interazione, ma perché muta l'orizzonte di fini e di criteri di adeguatezza che rende intelligibile l'evento della parola; e l'ascolto trascendentale è inseparabile da una comprensione forte del contesto, perché sa che nessun enunciato è pienamente comprensibile se viene isolato dalla forma di vita che ne organizza la portata. Da questa comprensione emergono le “attese normative” (Waldenfels 2011) – pretese interne di correttezza che la pratica genera in forza del proprio *telos* e che in ambito clinico riguardano, tra le altre cose, la proporzionalità dell'intervento, la non riduzione della persona a oggetto tecnico, la veridicità situata della comunicazione, la capacità di discernere ciò che in quella concreta situazione è clinicamente ed eticamente appropriato.

2. Inaudalgia come indicatore critico della pratica clinica

Nel contesto sanitario, l'inaudalgia designa una forma specifica di sofferenza che si produce quando la parola del paziente, pur essendo materialmente udita, non viene accolta nella sua portata esperienziale — vale a dire quando essa viene immediatamente

ricondata a un sistema di significati già disponibile, clinico, organizzativo o procedurale, senza che la relazione venga realmente modificata da ciò che il paziente esprime. Non si tratta, in questo senso, di un semplice deficit comunicativo né di una carenza relazionale genericamente intesa, ma di un evento che incide sulla costituzione stessa dell'esperienza di cura. Un'indicazione convergente si trova in Jaspers, secondo cui le esperienze interiori che non trovano spazio di espressione ed elaborazione tendono a produrre effetti più intensi: «Quando esperienze interiori sgradevoli vengono ostacolate nella loro manifestazione, quando vengono “inghiottite”, allontanate, di proposito spinte da parte e dimenticate, “represe”, senza che ne sia fatta una elaborazione intellettuale, esse hanno ripercussioni più forti dell'ordinario» (Jaspers 1964, p. 400).

Per comprendere la qualità propria di questo dolore, occorre partire dal fatto che il paziente non entra nella relazione di cura come portatore neutro di informazioni, ma come coscienza già alterata dall'evento della malattia (cfr. Husserl 2008), la quale modifica la percezione del corpo, interrompe la continuità del tempo vissuto e destabilizza l'orizzonte delle attese. Carel osserva che «la malattia cambia il modo in cui la persona malata esperisce il mondo e il modo in cui lo abita» e che un mutamento di tale ampiezza «merita, o spesso semplicemente richiede, un'attenzione filosofica» (Carel 2016, p. 4), il che implica che la parola del paziente non trasmette semplicemente dati, ma tenta di articolare un mondo nel quale il corpo, da fondo tacito dell'esperienza, diviene presenza problematica, il futuro si trasforma in possibilità incerta e l'ovvio si opacizza.

La riflessione di Svenaeus è in questa cornice particolarmente feconda: il corpo, scrive, «rappresenta il più fondamentale essere-a-casa e, al tempo stesso, il potenziale non-essere-a-casa della

persona in questione»; e ancora: «Il non-essere-a-casa nel corpo può manifestarsi in qualsiasi momento [...] ma viene intensificato e portato al punto di costituire un grave disturbo in varie forme di malattia» (Svenaeus 2013, p. 99). La malattia non aggiunge soltanto un contenuto doloroso alla vita del soggetto, ma rende inquietante il luogo stesso del suo abitare originario, sicché la parola che tenta di dire questa condizione non è mai un semplice mezzo di comunicazione, bensì il tentativo di articolare un'esperienza che eccede le categorie disponibili e che cerca, nella relazione clinica, riconoscimento e riorganizzazione.

Quando questa parola non trova ascolto, ciò che viene respinto non è un contenuto isolato, ma una richiesta di riconfigurazione del campo relazionale; l'inaudalgia è il dolore che nasce quando l'esperienza vissuta della malattia non riesce a transitare in forma efficace dentro la pratica che dovrebbe farsene carico. Perciò essa è intimamente legata alla distinzione, messa in luce da Toombs, fra malattia come vissuto e malattia come stato patologico: «il fenomeno della malattia-in-quanto-vissuta è del tutto distinto dal fenomeno dello stato patologico e i due non possono essere identificati l'uno con l'altro» (Toombs 1992, p. XV). Se questa distinzione viene neutralizzata, il paziente può essere correttamente diagnosticato e trattato, ma non realmente accolto nella verità di ciò che vive.

L'inaudalgia, peraltro, non riguarda soltanto il paziente: l'effetto della sordità relazionale si riflette anche sul medico, poiché quando la pratica riduce ciò che accade a ciò che è già previsto dalle proprie categorie, essa impoverisce anche la capacità del professionista di rispondere in modo adeguato. Toombs lo mostra con chiarezza quando afferma che medico e paziente «comunicano abitualmente tra loro dall'interno di "mondi" differenti, ciascun "mondo" fornendo un orizzonte di significato unico»

(Toombs, 1992, p. XV). Se questa differenza non viene riconosciuta, il circuito interpretativo tende a chiudersi, attribuendo la difficoltà alla resistenza o alla fragilità del paziente, mentre resta in ombra l'incapacità della pratica di lasciarsi modificare da ciò che accade in essa – e può così emergere una sofferenza professionale legata al divario tra ciò che la pratica richiede e ciò che si riesce effettivamente a realizzare, una tensione che si manifesta come stanchezza relazionale, irrigidimento operativo o distacco emotivo, mostrando come l'inaudalgia del paziente si rifletta nel medico come impoverimento del suo orizzonte di azione.

Ne deriva una conseguenza teoricamente rilevante: l'inaudalgia non va concepita come fenomeno individuale, ma come patologia della relazione di cura – un indicatore critico che segnala come il nesso tra vulnerabilità, ascolto e risposta non si sia compiuto. La fenomenologia del corpo malato permette qui un ulteriore approfondimento: Svenaeus scrive che «l'esperienza del corpo proprio come inquietante è un'esperienza spaventosa e terrificante perché rivela un non-essere-a-casa che è nascosto nel nucleo stesso del nostro più intimo essere-a-casa: il corpo» (Svenaeus 2013, p. 100).

L'inaudalgia, nella situazione clinica, può essere letta come il corrispettivo relazionale di questa inquietudine: non soltanto il corpo diventa *unheimlich* (perturbante, non familiare), ma anche la relazione che dovrebbe restituire orientamento e dimora si rivela inabitabile.

3. Riformulare l'atto medico: normatività, eccedenza dell'esperienza e statuto trascendentale dell'ascolto

Alla luce del percorso svolto, diventa ora possibile – e necessario – riportare il discorso all'atto medico, non semplicemente come

applicazione di quanto detto, ma come luogo teorico in cui si gioca la portata più radicale della nozione di ascolto trascendentale. La tesi che intendo argomentare è che l'atto medico, così come tradizionalmente concepito, risulti strutturalmente incompleto se non include, tra le sue condizioni costitutive, una forma di ascolto che non sia meramente empirica, psicologica o deontologica, ma trascendentale – ossia orientata alle condizioni di possibilità del senso della pratica e alla sua esposizione all'eccedenza dell'esperienza. Occorre partire da una constatazione fenomenologica: ciò che chiamiamo atto medico non è mai un gesto puramente tecnico né una sequenza causale tra diagnosi, decisione e intervento, poiché esso si colloca sempre all'interno di una pratica nella quale sono iscritti fini, ruoli e criteri di adeguatezza – una trama di senso e di normatività implicita che ne orienta la possibilità stessa. Proprio questa struttura, tuttavia, rischia di produrre autoreferenzialità: quando il paziente viene compreso esclusivamente come portatore di dati clinici, la pratica mantiene la propria coerenza interna ma perde il contatto con l'esperienza vissuta della malattia e la domanda che essa articola.

Il richiamo a Carel e a Toombs converge qui in modo denso: da un lato, l'insistenza sul fatto che la malattia va compresa come trasformazione globale del mondo del paziente; dall'altro, la dimostrazione che medico e paziente non si muovono spontaneamente nel medesimo orizzonte di senso. Per questo Toombs può affermare che «l'atto della guarigione richiede che medico e paziente condividano una comprensione comune della malattia del paziente» (Toombs 1992, p. 89): se non vi è questa comprensione condivisa, può darsi trattamento, ma non ancora pienamente cura.

L'atto medico, dunque, non può essere definito unicamente in termini di correttezza tecnica o di conformità a protocolli, ma deve essere compreso come risposta a una situazione che “prece-

de" il soggetto e lo interpella: non è il medico che semplicemente applica un sapere a un caso, ma è la situazione che, nella sua concretezza irriducibile, chiede di essere interpretata e a cui occorre rispondere in modo appropriato.

L'atto medico non è originariamente un atto, ma una risposta – e questa trasformazione prospettica ha conseguenze rilevanti, poiché implica che esso non possa essere compreso a partire da un modello in cui il soggetto agisce sovranamente sulla base di informazioni già determinate, ma debba essere pensato a partire da una struttura nella quale qualcosa accade prima che il medico intervenga, qualcosa che lo raggiunge, lo riguarda e lo obbliga a prendere posizione (Scarafile 2016). Il paziente, con la sua parola, con il suo corpo, con il suo silenzio, non è oggetto di osservazione, ma ciò a cui si risponde.

L'apertura propria dell'ascolto trascendentale è decisiva per almeno tre ragioni che meritano di essere distinte analiticamente: in primo luogo, la pratica clinica è intrinsecamente esposta a un'eccedenza di senso che non può essere interamente catturata da categorie predefinite, poiché la singolarità del paziente, della sua storia, del suo modo di abitare il corpo malato eccede costantemente la griglia interpretativa disponibile; in secondo luogo, le attese normative della pratica non sono completamente esplicitabili in forma di regole, poiché emergono nel concreto dell'agire e richiedono una capacità di discernimento situato che nessun codice può integralmente anticipare; in terzo luogo, la relazione di cura implica una dimensione di riconoscimento che nessuna procedura standardizzata può garantire, giacché il paziente non chiede soltanto un intervento, ma di essere riconosciuto nella propria unicità. Tale riconoscimento non è un atto aggiuntivo, ma una condizione di intelligibilità della pratica stessa, senza la quale ciò che il medico fa può essere corretto, ma non pienamente significativo.

Si potrebbe allora formulare la seguente definizione: l'atto medico è l'insieme delle operazioni attraverso cui un professionista della salute risponde, in modo tecnicamente competente e normativamente adeguato, a una situazione di vulnerabilità che lo interpella, lasciandosi guidare non solo da conoscenze oggettive, ma anche dall'ascolto delle condizioni di senso e delle eccedenze che tale situazione manifesta. In questa formulazione, l'ascolto trascendentale non è un'aggiunta, ma una componente interna dell'atto stesso: senza di esso, l'atto medico resta incompleto – e l'incompletezza di cui si parla non è un difetto morale, bensì un limite strutturale, giacché non si tratta di rendere la medicina più umana nel senso di aggiungere empatia a una pratica già definita, ma di riconoscere che la pratica stessa, per essere pienamente ciò che è, deve includere una dimensione di ascolto capace di interrogare il proprio ordine e di aprirsi all'eccedenza dell'esperienza.

Solo in questo modo l'atto medico può sottrarsi alla doppia riduzione che lo minaccia – quella tecnicistica, che lo riduce a prestazione, e quella relazionale superficiale, che lo dissolve in semplice scambio comunicativo – e può essere restituito a ciò che esso, nella sua forma più alta, è sempre già stato: il luogo in cui un sapere rigoroso accetta di lasciarsi istruire da ciò che non sa ancora, in cui la competenza non si chiude nella propria autosufficienza ma si espone alla singolarità irripetibile di chi chiede aiuto, e in cui la risposta del medico – proprio perché nasce da un ascolto che non anticipa ciò che deve emergere – raggiunge quella pienezza che nessun protocollo, da solo, può conferirle. L'atto medico, in definitiva, non è semplicemente ciò che il medico fa: è ciò che accade quando un sapere ha il coraggio di rimanere in ascolto di ciò che lo eccede – e proprio in questo coraggio ritrova la propria dignità più profonda.

Riferimenti bibliografici

- Carel H. (2016), *Phenomenology of illness*, Oxford University Press, Oxford.
- Fonagy P., Hepworth M., Campbell C. (2023), *Theoretical models of psychodynamic psychotherapy*, in Crisp H., Gabbard G.O. (a cura di), *Gabbard's textbook of psychotherapeutic treatments* (2nd ed.), American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC.
- Husserl E. (2008), *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Libro primo: Introduzione generale alla fenomenologia pura*, Mondadori, Milano.
- Jaspers K. (1964), *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Korsgaard C.M. (1996), *The sources of normativity*, Cambridge University Press, New York.
- Scarafile G. (2016), *Controversies on body: Brief remarks on the nexus between the ethics of communication and the altruistic convenience in the doctor-patient relationship*, in «Pragmatics & Cognition», 23(3), pp. 486-500.
- Id. (2024), *La spina nella carne: Cinque lezioni sul dialogo*, Yod Institute.
- Svenaeus F. (2013), *The body as alien, unhomelike, and uncanny*, in Id., *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: Steps towards a philosophy of medical practice*, Springer, Berlin-London, pp. 101-120.
- Toombs S.K. (1992), *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*, Springer, Dordrecht.
- Waldenfels B. (2011), *Phenomenology of the alien: Basic concepts*, Northwestern University Press, Evanston, IL.

Atto medico e prestazione professionale

seconda parte

I nuovi luoghi della professione

Spazio pubblico, spazio mediatico,
spazio virtuale

di Corrado Bibbolino

Abstract: Comprendere l'atto medico significa anche analizzare i luoghi del suo svolgimento. L'articolo ripercorre l'evoluzione e il progressivo ampliarsi dei luoghi della cura: dalla casa al tempio, dall'ospizio all'ospedale, fino al territorio, allo spazio pubblico, mediatico e virtuale. La medicina contemporanea è chiamata anche a ripensare i suoi luoghi, a integrare corpo biologico, esperienza vissuta e dimensione digitale, mantenendo centrale la relazione di cura in ambienti sempre più fluidi, reticolari e tecnologici.

Introduzione

Il concetto di luogo ha accompagnato la storia della medicina in modo molto più profondo di quanto appaia a una prima considerazione. La cura, infatti, non si è mai data in astratto, ma sempre in uno spazio concreto, simbolico e sociale. Ogni civiltà ha definito i propri luoghi della malattia e della guarigione, attribuendo loro significati differenti in base alle proprie credenze religiose, alla propria organizzazione politica, alle conoscenze scientifiche disponibili e al modo in cui ha interpretato il rapporto tra individuo, comunità e ambiente. Ripercorrere l'evoluzione del concetto di luogo

in sanità significa quindi ricostruire non solo la trasformazione degli spazi fisici della cura, ma anche il mutare delle categorie culturali attraverso cui la malattia è stata pensata, amministrata e trattata.

Dalla casa al tempio, dall'ospizio medievale all'ospedale moderno, fino alla rete territoriale, alla telemedicina, allo spazio mediatico e al metaverso sanitario, il luogo della cura ha conosciuto un progressivo ampliamento semantico. In origine esso coincideva con gli spazi della vita quotidiana o con quelli del sacro; successivamente si è istituzionalizzato, specializzato, tecnicizzato; infine si è diffuso oltre i propri confini materiali, diventando rete, infrastruttura, ambiente informativo e spazio virtuale. Come ha mostrato Michel Foucault (1996), la medicina non produce soltanto conoscenze sul corpo, ma organizza anche dispositivi spaziali, modi di vedere, forme di classificazione e pratiche di controllo che trasformano i luoghi in cui la malattia viene riconosciuta e gestita.

In questa prospettiva, il luogo non è una cornice neutra della cura. Esso è parte integrante dell'esperienza terapeutica. Definisce il rapporto tra vicinanza e distanza, tra pubblico e privato, tra individuo e collettività, tra corpo vissuto e corpo osservato. Condiziona l'accessibilità alle prestazioni, la qualità della relazione medico-paziente, la distribuzione del potere sanitario e il modo in cui la sofferenza viene narrata e interpretata. Per tale ragione, la storia della sanità può essere letta anche come storia dei suoi spazi: spazi domestici, spazi sacri, spazi disciplinari, spazi pubblici, spazi digitali.

1. Dalla casa come matrice originaria della cura al luogo come ambiente

Nelle società antiche la cura è anzitutto un atto relazionale e comunitario. Non esiste ancora una separazione netta tra il luogo

della vita e il luogo della malattia. Il malato resta generalmente all'interno della casa e la risposta alla sofferenza si struttura mediante rimedi tradizionali, assistenza familiare, pratiche empiriche e sostegno della comunità. Il primo luogo di cura è dunque la casa, intesa non solo come spazio fisico, ma come ambiente affettivo, simbolico e morale.

Questa dimensione originaria della cura come prossimità non scompare mai del tutto nel corso della storia. Anche quando la medicina si istituzionalizzerà e si tecnicizzerà, il modello domestico continuerà a rappresentare, in filigrana, un ideale di continuità affettiva e di attenzione personalizzata. Non è un caso che, nella contemporaneità, la medicina territoriale e domiciliare si presentino spesso come tentativi di recuperare, in forme nuove, questa antica prossimità.

Con la medicina ippocratica si afferma una svolta di grande rilievo: il luogo non è più soltanto lo spazio immediato in cui vive il malato, ma diventa una variabile conoscitiva essenziale per comprendere la salute e la malattia. Nel trattato *Arie, acque e luoghi* (Ippocrate 1965, cap. 1) il medico è invitato a osservare clima, qualità dell'aria, acque, esposizione ai venti, caratteristiche del suolo e assetto del territorio prima ancora di formulare un giudizio clinico.

Qui il luogo assume un significato propriamente ambientale. L'organismo umano è pensato in rapporto dinamico con il mondo circostante; la patologia non può essere compresa indipendentemente dalle condizioni climatiche e geografiche. Si tratta di una concezione di straordinaria modernità, perché riconosce che il corpo è sempre situato e che la salute dipende dall'interazione tra fattori biologici e condizioni esterne.

2. Dalla medicina templare alla cura come evento relazionale

Parallelamente alla medicina naturalistica, nelle civiltà antiche permane una concezione religiosa della malattia e della cura. Nei templi di Asclepio, diffusi nel mondo greco, o in quelli egiziani i malati si recano per cercare guarigione attraverso rituali, offerte, purificazioni e pratiche oniriche (Cosmacini 1997). Il tempio non è un semplice contenitore architettonico: è uno spazio di mediazione tra l'umano e il divino, tra sofferenza e speranza, tra corpo e trascendenza.

In questa configurazione il luogo della cura è essenzialmente simbolico. Esso agisce perché è separato dal quotidiano, perché istituisce una soglia, perché mette il paziente in condizione di entrare in un ordine altro. La guarigione non dipende soltanto da un intervento materiale, ma da un percorso rituale che coinvolge l'intera persona. Il corpo malato è pensato entro una totalità di significati che include colpa, purificazione, attesa, fede.

Diversa, pur con alcuni punti di contatto, è la tradizione biblica. Nei racconti evangelici la guarigione non è legata in modo esclusivo a edifici o santuari specifici. Gesù guarisce nei villaggi, nelle strade, nelle case, presso i laghi, nei campi, nei luoghi di preghiera. Il luogo terapeutico coincide con l'evento dell'incontro. Non è lo spazio in sé a essere sacro, ma la relazione che lo attraversa.

Questa prospettiva è rilevante perché sottrae la cura a una localizzazione rigida. La malattia può essere affrontata là dove la persona si trova; il luogo viene trasformato dall'atto di cura. In questo senso, il cristianesimo introduce una concezione dinamica del luogo: esso non è definito solo dall'architettura o dalla funzione, ma dalla qualità della presenza e della relazione. La guarigione

riguarda insieme il corpo, l'interiorità e il reinserimento del soggetto nella comunità.

Tale impostazione anticipa, da un punto di vista simbolico, alcune riflessioni contemporanee sulla medicina centrata sulla persona. La malattia non è solo un fatto biologico, è un'esperienza vissuta, che coinvolge identità, legami, senso dell'esistenza. Comprendere la sofferenza significa considerare la persona nella sua interezza e non ridurla al solo dato organico.

3. Ospizi, xenodochi, "hospitalia": stabilizzazione caritativa e razionalizzazione del luogo di cura

Con la tarda antichità e con il Medioevo cristiano nascono i primi luoghi stabili dedicati all'accoglienza dei malati, dei poveri, dei pellegrini e degli emarginati: xenodochi, nosocomi, *hospitalia*, ospizi. Non si tratta ancora di ospedali in senso moderno, ma di istituzioni in cui la cura si lega alla carità, all'assistenza religiosa e alla protezione dei vulnerabili. Il luogo sanitario è qui innanzitutto un luogo morale. Assistere il sofferente significa praticare la misericordia e compiere un dovere spirituale. Il luogo assistenziale medievale accoglie insieme ciò che la società fatica a collocare altrove.

A partire dal XII secolo, con la nascita delle università e con una più chiara regolamentazione delle professioni sanitarie, il sapere medico acquista autonomia crescente rispetto all'assistenza religiosa. La figura del medico si definisce progressivamente come figura esperta, fondata su saperi codificati, pratiche di studio e responsabilità professionali. L'Editto di Federico II (1241) costituisce un passaggio simbolicamente importante in questa direzione.

Il luogo della cura comincia allora a differenziarsi internamente. Accanto agli spazi della carità si consolidano spazi del sapere, dell'insegnamento e dell'esercizio professionale. Il rapporto tra medicina e luogo diventa più complesso: non solo accoglienza, ma osservazione; non solo sostegno, ma classificazione; non solo protezione, ma competenza. Questa trasformazione prepara il terreno per la nascita dell'ospedale moderno e per la progressiva separazione tra cura domestica, assistenza religiosa e pratica medica specialistica.

4. Epidemie, miasmi e governo dello spazio: l'ospedale moderno come eterotopia della cura

Tra tardo Medioevo e prima età moderna il tema del luogo assume una nuova centralità a causa del frequente verificarsi di epidemie. La teoria dei miasmi interpreta molte malattie come effetto di emanazioni nocive provenienti da ambienti insalubri: paludi, acque stagnanti, quartieri sporchi, città sovraffollate. Il luogo non è più solo matrice di vita o di cura, ma può diventare origine del contagio e minaccia collettiva.

Nascono così pratiche di controllo territoriale: quarantene, cordoni sanitari, lazzaretti, ispezioni urbane, regolazioni dei flussi, separazioni dei corpi. La salute si trasforma in questione pubblica e politica. Il luogo deve essere sorvegliato, bonificato, amministrato. La città stessa diventa oggetto di sapere sanitario.

In questo snodo storico è possibile riconoscere una delle matrici della sanità pubblica moderna. Lo spazio non è più semplice sfondo dell'azione medica, ma diventa campo di intervento amministrativo. Michel Foucault (1996) ha mostrato come il controllo sanitario dei luoghi sia legato alla formazione di nuove tecni-

che di governo delle popolazioni. In tal senso, la storia del luogo in sanità è anche storia della relazione tra cura e potere politico.

Tra il XVII e il XIX secolo l'ospedale si trasforma radicalmente. Da spazio prevalentemente assistenziale e caritativo diventa luogo di osservazione clinica, di insegnamento, di sperimentazione e di organizzazione razionale dei malati. Il paziente entra in un sistema regolato da tempi, ruoli, percorsi, reparti, protocolli. Il luogo della cura si fa istituzione.

Nel quadro foucaultiano, l'ospedale moderno può essere pensato come una eterotopia, cioè come uno "spazio altro", regolato da logiche specifiche e separato dall'ordine ordinario della vita (Foucault 2000). Al suo interno il corpo del malato viene reso visibile, comparabile, registrabile. Il letto diventa unità clinica; il reparto, dispositivo di classificazione; l'edificio, macchina di osservazione.

La medicina clinica nasce in questo intreccio tra spazio, sguardo e sapere. Il luogo non è solo dove si cura: è ciò che rende possibile una certa forma di verità sul malato. L'architettura ospedaliera, la disposizione dei corpi, la serialità delle osservazioni e la comparazione dei casi producono conoscenza. Come scrive Foucault in *Nascita della clinica*, questa non è una semplice raccolta di esperienze, ma una nuova disposizione dello sguardo e del linguaggio (Foucault 2000).

5. La rivoluzione microbiologica e la centralità del corpo biologico

Con lo sviluppo della batteriologia, dell'anatomia patologica, della fisiologia sperimentale e della chirurgia moderna, il focus della medicina si sposta progressivamente dall'ambiente al corpo. La

malattia viene localizzata in organi, tessuti, lesioni, agenti patogeni specifici. L'ospedale diventa laboratorio, sala operatoria, centro diagnostico.

Questo passaggio produce straordinari risultati in termini di efficacia terapeutica, ma tende anche a restringere il concetto di luogo. Se la patologia è dentro il corpo, il contesto esterno può apparire secondario. Si afferma così il paradigma biomedico, nel quale il paziente rischia di essere ridotto a organismo, mentre la dimensione sociale e relazionale della malattia passa in secondo piano.

Le critiche novecentesche a questo paradigma hanno insistito proprio su tale riduzionismo. Ivan Illich (1977), ad esempio, ha denunciato l'espansione della medicalizzazione e il rischio che la medicina istituzionale sottragga agli individui e alle comunità la capacità di dare senso autonomo alla propria sofferenza. Pur nelle sue formulazioni più radicali, questa critica richiama l'attenzione sul fatto che il luogo della cura non è mai puramente tecnico.

6. Territorio, medicina sociale, il ritorno della casa: assistenza domiciliare e continuità di cura

Nel Novecento, soprattutto con lo sviluppo dell'epidemiologia, della medicina del lavoro, della psichiatria territoriale e delle politiche di *welfare*, il luogo riacquista importanza in una forma nuova. Non si parla più soltanto di aria, acque e clima, ma di condizioni di vita, abitazione, lavoro, reddito, istruzione, accesso ai servizi, disuguaglianze, reti sociali.

La salute viene sempre più compresa come prodotto di determinanti sociali e il territorio non è più semplice contenitore dell'offerta sanitaria, ma fattore attivo nella genesi o nella preven-

zione della malattia. Le periferie urbane, l'inquinamento, la deprivazione, l'isolamento, la precarietà diventano variabili essenziali per comprendere i profili epidemiologici delle popolazioni (Illich 1977).

Questa visione, recepita anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, segna il ritorno del luogo in un senso strutturale: non come sede esclusiva della prestazione, ma come matrice delle opportunità di salute. La sanità, in questo quadro, non può esaurirsi nell'ospedale, ma deve articolarsi in servizi territoriali, prevenzione, prossimità, integrazione sociosanitaria.

È così che nella seconda metà del Novecento e ancor più nel XXI secolo, la casa torna a essere un luogo rilevante della cura, ma in forme profondamente mutate rispetto all'antichità. Non si tratta più soltanto del luogo spontaneo dell'assistenza familiare; la casa diventa uno spazio clinicamente attrezzato, raggiunto da professionisti, dispositivi, monitoraggi, farmaci, tecnologie.

L'assistenza domiciliare integrata, le cure palliative, la gestione delle cronicità e dei pazienti fragili riportano la medicina nel contesto di vita del soggetto. Questo ritorno della casa rappresenta una correzione parziale alla lunga egemonia ospedalocentrica. La cura cerca di riconnettersi all'ambiente quotidiano della persona, evitando ricoveri non necessari e valorizzando la continuità della relazione.

Tuttavia la domiciliarità contemporanea non coincide con quella tradizionale. Essa è mediata da sistemi organizzativi, protocolli, cartelle informatizzate, reti multiprofessionali. È una casa medicalizzata solo in parte, ma certamente trasformata dall'ingresso della sanità. Il luogo domestico diventa interfaccia tra vita privata e sistema sanitario.

7. Spazio pubblico, spazio mediatico, spazio formativo, spazio virtuale

La contemporaneità ha ulteriormente ampliato il concetto di luogo in sanità. Oltre all'ospedale, al territorio e alla casa, esistono oggi spazi pubblici nei quali la salute viene discussa, negoziata e costruita socialmente: scuole, luoghi di lavoro, associazioni, comunità, istituzioni locali, campagne di prevenzione, consultazioni pubbliche.

A ciò si aggiunge lo spazio mediatico, nel quale la medicina viene raccontata, semplificata, spettacolarizzata o contestata. Televisione, giornali, podcast, blog, piattaforme social e ambienti digitali sono divenuti luoghi nei quali si formano opinioni, paure, aspettative e comportamenti sanitari. In tali spazi il medico può assumere il ruolo di divulgatore, esperto, *influencer*, interprete del rischio, ma può anche trovarsi esposto a semplificazioni, polarizzazioni e conflitti.

La pandemia da Covid-19 ha mostrato con evidenza che il luogo della salute non coincide più con il solo luogo della prestazione. L'adesione vaccinale, l'uso delle misure di prevenzione, la fiducia nelle istituzioni, la diffusione di notizie false o contraddittorie dipendono in larga misura da ciò che accade nello spazio pubblico e mediatico. Anche qui si produce salute o malattia.

Secondo la definizione dell'UEMS, l'atto medico non si esaurisce nell'intervento diagnostico-terapeutico, ma comprende anche attività di formazione, informazione e comunicazione. In questa prospettiva, le aule universitarie, i congressi scientifici, i seminari, i corsi di aggiornamento e gli spazi di insegnamento diventano luoghi nei quali si compiono atti medici.

In tali contesti il medico non cura direttamente il paziente, ma contribuisce alla qualità della cura attraverso la trasmissione

del sapere, la discussione delle evidenze e la costruzione di competenze professionali. La formazione diventa parte integrante della responsabilità medica e assume una dimensione etica oltre che tecnica.

Questa dimensione formativa riguarda anche i cittadini. L'educazione sanitaria, la divulgazione scientifica, la comunicazione del rischio e l'informazione pubblica costituiscono oggi veri e propri atti medici, in quanto influenzano comportamenti, predispongono alla prevenzione e all'adesione terapeutica. Il medico diventa così anche educatore e mediatore del sapere scientifico.

Con la digitalizzazione dei servizi sanitari il luogo della cura si fa sempre più reticolare e dematerializzato. Teleconsulti, televisite, telemonitoraggio, referti *online*, fascicoli sanitari elettronici, piattaforme regionali e applicazioni mobili permettono l'erogazione di prestazioni senza co-presenza fisica tra medico e paziente.

La telemedicina modifica radicalmente la geografia della cura. Il paziente non deve sempre spostarsi verso il luogo medico, ma è il luogo medico che, in una qualche misura, raggiunge il paziente. Si crea così una nuova spazialità sanitaria, fatta di connessioni, dati, interfacce, flussi informativi. Lo spazio fisico non scompare, ma viene affiancato da uno spazio digitale continuo, accessibile e potenzialmente ubiquo.

Questa trasformazione apre opportunità importanti: maggiore accessibilità, continuità assistenziale, riduzione delle distanze, supporto alle aree periferiche, monitoraggio delle patologie croniche. Ma produce anche rischi: disuguaglianze digitali, perdita di prossimità, eccesso di mediazione tecnologica, problemi di *privacy*, sovraccarico informativo. Il luogo digitale della cura è quindi uno spazio ambivalente.

8. Corpo digitale, infosfera e “Digital Twin”

Nel passaggio alla sanità digitale emerge un ulteriore livello del concetto di luogo: quello del corpo digitale. Il paziente contemporaneo non è più soltanto presenza biologica o esperienza vissuta, è anche insieme di dati, immagini, tracciati, profili di rischio, parametri biometrici, rappresentazioni computazionali. La medicina opera sempre più su questa dimensione informazionale.

Luciano Floridi (2017) ha descritto la condizione contemporanea come ingresso nell'infosfera, un ambiente nel quale realtà *online* e *offline* si intrecciano stabilmente nella forma dell'*onlife*. Applicata alla sanità, tale prospettiva consente di comprendere come il luogo della cura non sia più definibile solo in termini geografici, esso diventa anche ambiente di dati, di interoperabilità, di archiviazione e di simulazione.

In questo quadro è utile richiamare il principio di Korzybski (1994) secondo cui “la mappa non è il territorio”, e il corpo digitale è una mappa sofisticata del paziente, ma non coincide mai con la persona reale. La medicina contemporanea è chiamata allora a mantenere insieme tre livelli: il corpo biologico, il corpo vissuto e il corpo digitale (Floridi 2025). Trascurarne uno significa impoverire la cura.

Le tecnologie più avanzate spingono questo processo verso forme ancora più complesse. Il *Digital Twin*, o gemello digitale, consiste in una rappresentazione dinamica del paziente o di parti del suo organismo, aggiornata attraverso dati clinici e capace di supportare simulazioni. In prospettiva, esso permette di modellare l'evoluzione di malattie, prevedere risposte terapeutiche, personalizzare trattamenti, addestrare professionisti. Inserito in ambienti virtuali tridimensionali, il *Digital Twin* contribuisce alla nascita di uno spazio clinico immersivo. Nel cosiddetto meta-verso sanitario medici, studenti, pazienti e ricercatori possono

interagire in ambienti condivisi, manipolare modelli, simulare interventi, discutere strategie terapeutiche.

Il luogo della cura diventa allora non solo digitale, ma anche immersivo, interattivo e collaborativo. Questa prospettiva ridefinisce profondamente la nozione stessa di presenza. Si può essere clinicamente presenti senza condividere lo stesso spazio fisico; si può osservare un modello corporeo senza avere il corpo davanti; si può cooperare a distanza in tempo reale su un caso. Tuttavia, quanto più la medicina si sposta verso modelli simulativi, tanto più diventa necessario ribadire che il paziente reale non si esaurisce nella sua rappresentazione.

Le trasformazioni recenti consentono anche di leggere alcuni spazi sanitari attraverso la categoria dei “non-luoghi” proposta da Marc Augé (1996): sale d’attesa anonime, corridoi standardizzati, piattaforme automatizzate, call center, procedure digitali spersonalizzate possono produrre esperienze di transito e impersonale anonimato. In questi contesti il paziente rischia di sentirsi non ospitato ma semplicemente processato.

La sfida contemporanea consiste allora nel coniugare efficienza e riconoscimento, standardizzazione e umanizzazione. Non basta moltiplicare i punti di accesso alla sanità, occorre anche interrogarsi sulla qualità antropologica dei luoghi prodotti dal sistema. Un luogo sanitario che non genera orientamento, fiducia e relazione può essere funzionale sul piano organizzativo ma deficitario sul piano della cura.

Conclusioni

L’evoluzione storica del concetto di luogo in sanità mostra dunque una progressiva espansione. Dal luogo domestico al luogo sa-

cro, dal luogo assistenziale al luogo clinico, dal luogo disciplinare al luogo territoriale, dal luogo pubblico al luogo digitale, la cura si è continuamente ridefinita insieme ai propri spazi.

Oggi non è più possibile pensare la sanità a partire da un unico luogo dominante. L'ospedale resta centrale per l'alta complessità, ma non esaurisce il sistema. La casa, il territorio, il consultorio, l'ambulatorio, la farmacia dei servizi, la piattaforma digitale, la comunità, lo spazio mediatico e gli ambienti virtuali partecipano tutti, in forme diverse, alla costruzione della salute.

Ne deriva un concetto plurale e stratificato di luogo: biologico, vissuto, sociale, istituzionale, informativo, simbolico. La medicina del futuro non potrà limitarsi a trasferire tecnologie da un ambiente all'altro; dovrà invece comprendere come ciascun luogo modifichi la relazione di cura, la percezione della malattia, l'accesso ai servizi, la distribuzione delle responsabilità e il significato stesso dell'essere "paziente".

La storia del luogo in sanità non è una semplice successione di spazi, è la storia del modo in cui le società hanno pensato il corpo, la fragilità, la solidarietà, il sapere e il potere: la casa antica, il tempio, l'ospizio, l'ospedale, il territorio, la rete digitale e il metaverso non sono soltanto ambienti diversi, sono modi diversi di concepire la cura.

Se la medicina contemporanea tende a rendere il luogo sempre più "fluidico", connesso e dematerializzato, resta però invariata una questione fondamentale: la cura ha sempre bisogno di uno spazio di riconoscimento, di una forma di presenza, di una relazione capace di dare senso all'esperienza della malattia. Anche nell'epoca dell'intelligenza artificiale e dei gemelli digitali, il luogo della sanità non potrà essere pensato esclusivamente come infrastruttura tecnica, ma dovrà restare uno spazio umano, etico e politico.

Il futuro della sanità si gioca probabilmente proprio su questa capacità di tenere insieme i diversi livelli del luogo: la materialità del corpo, la soggettività dell'esperienza, la complessità del sociale e la potenza dell'informazione (Spinsanti 2026). Solo un sistema capace di integrare queste dimensioni potrà evitare sia la nostalgia per un passato idealizzato sia l'illusione che la tecnologia possa sostituire integralmente la prossimità della cura.

Riferimenti bibliografici

- Augé M. (1996), *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*, Elèuthera, Milano.
- Cosmacini G. (1997), *L'arte lunga. Storia della medicina dalla antichità ad oggi*, Laterza, Bari-Roma.
- Floridi L. (2017), *La quarta rivoluzione. Come l'infosfera sta trasformando il mondo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Floridi L. (2025), *La differenza fondamentale*, Mondadori, Milano.
- Foucault M. (1996), *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino.
- Foucault M. (2000), *Spazi altri. I luoghi delle eterotopie*, Mimesis, Milano.
- Illich I. (1977), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano.
- Ippocrate (1965), *Arie, acque e luoghi*, trad. it. a cura di M. Vegetti, UTET, Torino.
- Korzybski A. (1994), *Science and Sanity*, Institute of General Semantics, Englewood, NJ.
- Spinsanti S. (2026), *Un'altra pratica della cura*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Evoluzione dell'atto medico tra complessità delle organizzazioni sanitarie e uso delle Linee Guida

di Velia Bruno, Gianfranco Damiani, Barbara Rossi

Abstract: L'articolo analizza l'atto medico in sistemi sanitari complessi: dal riallineamento delle cure verso cronicità e pluri-morbilità fino ai percorsi di presa in carico longitudinali, integrati tra ospedale e territorio. Le Linee Guida e le Buone Pratiche Clinico-Assistenziali emergono come strumenti fondamentali di *governance*, qualità e appropriatezza, riducendo la variabilità, orientando le scelte e facilitando la responsabilità condivisa. Si descrivono tre transizioni chiave: dall'autonomia professionale all'interdipendenza, dal lavoro in équipe multidisciplinare alla gestione inter-organizzativa, e dal modello basato sull'individuo a quello basato sul valore del sistema.

Introduzione

I moderni sistemi sanitari operano in un contesto caratterizzato da profonde trasformazioni che ne ridefiniscono radicalmente le sfide. La transizione epidemiologica ha determinato un progressivo spostamento del carico di malattia dalle patologie acute a quelle croniche e cronico-degenerative, richiedendo il passaggio

da logiche incentrate sull'episodio di cura a percorsi di presa in carico longitudinali e integrati.

Sul piano demografico, l'invecchiamento progressivo della popolazione, pur rappresentando un successo delle politiche sanitarie, genera una crescente domanda di servizi assistenziali complessi, con particolare riferimento alla gestione della plurimorbilità e della non autosufficienza. Parallelamente, la denatalità determina uno squilibrio nella struttura demografica, con conseguente aumento del rapporto di dipendenza e impatto sulla sostenibilità economica dei sistemi di *welfare*.

Il tessuto sociale contemporaneo presenta inoltre elementi di fragilità che incidono direttamente sull'organizzazione dei servizi sanitari. La disgregazione dei nuclei familiari estesi e le trasformazioni nei modelli di convivenza generano condizioni di isolamento, particolarmente tra gli anziani, con conseguenze significative sulla salute fisica e mentale. La riduzione della disponibilità di *caregiver* familiari richiede un rafforzamento delle reti di supporto formali e semi-formali.

1. Evoluzione culturale e tecnologica: i sistemi sanitari come sistemi complessi

Altri elementi che caratterizzano lo scenario di sviluppo dei sistemi e dei servizi sanitari sono rappresentati dall'evoluzione culturale e tecnologica. Come evidenziato da Emanuel e Emanuel (1992), la relazione tra professionista sanitario e paziente ha subito un'evoluzione profonda, transitando da modelli paternalistici verso approcci maggiormente partecipativi e deliberativi. Questo cambiamento implica il riconoscimento del paziente come soggetto attivo e informato nelle decisioni riguardanti la propria sa-

lute, la necessità di sviluppare competenze comunicative avanzate da parte dei professionisti, e l'integrazione dei valori e delle preferenze del paziente nei percorsi di cura. L'accesso diffuso all'informazione ha determinato una maggiore consapevolezza sanitaria della popolazione, richiedendo modelli organizzativi più flessibili e personalizzati.

Le innovazioni *medtech* (farmaci e dispositivi medici) come la chirurgia robotica hanno profondamente trasformato la pratica medica, spostandola verso approcci più precisi, personalizzati e meno invasivi (*precision medicine*). Queste innovazioni richiedono *upskilling* continuo e integrazione interdisciplinare nei sistemi sanitari. La medicina di precisione rappresenta un'evoluzione della medicina basata sull'evidenza, articolata su quattro pilastri fondamentali: prevenzione, diagnosi, trattamento e prognosi. L'obiettivo principale è ridurre gli errori e migliorare l'accuratezza delle raccomandazioni mediche rispetto agli approcci tradizionali. Le soluzioni devono garantire sicurezza, essere compatibili con le preferenze e le capacità individuali, e adattarsi al contesto culturale e sociale della popolazione. Inoltre, la medicina di precisione deve essere economicamente sostenibile e promuovere l'equità sanitaria, aumentando l'accesso alle migliori pratiche mediche per chi ne ha maggior bisogno.

L'implementazione di soluzioni basate sull'intelligenza artificiale e sulla digitalizzazione offre opportunità significative per il supporto ai processi decisionali clinici, il miglioramento dell'accuratezza diagnostica, la personalizzazione dei percorsi terapeutici e l'ottimizzazione dell'allocazione delle risorse. Le tecnologie digitali abilitano inoltre nuove modalità di erogazione dei servizi, superando barriere geografiche e temporali. L'introduzione di tecnologie avanzate richiede tuttavia un'attenta *governance* per garantire equità nell'accesso, protezione della *privacy*, mantenimen-

to della centralità della relazione umana e formazione adeguata dei professionisti (Pham 2025).

L'insieme degli elementi descritti e delle relazioni tra gli stessi configura i sistemi sanitari contemporanei come sistemi adattivi complessi, coinvolgenti molteplici attori (assistiti, *care-givers*, *policy makers*, decisori aziendali, professionisti e operatori sanitari e sociosanitari, istituzioni ed enti di ricerca, attività produttive e altri *stakeholder* comunitari) con obiettivi potenzialmente divergenti, interconnessioni e interdipendenze dinamiche, fenomeni emergenti non completamente prevedibili e necessità di capacità adattiva continua (Ratnapalan, Lang 2020). Questa complessità richiede l'abbandono di approcci lineari a favore di strategie sistemiche basate sulla creazione di sinergie e alleanze a tutti i livelli: istituzionale, organizzativo, professionale e comunitario.

2. Soluzioni strategiche: le reti integrate

Le reti sanitarie sono forme organizzative complesse in grado di consolidare sinergie tra risorse informative, finanziarie, umane, tecnologiche, consentendo la produzione e lo sviluppo di una salute sostenibile. Le reti assistenziali integrate costituiscono una risposta strategica alla frammentazione dei servizi. Secondo Goodwin e Peck (2004), una «rete efficace è caratterizzata da un modello stabile di legami tra organizzazioni e individui, in cui tali legami rappresentano forme riconoscibili di responsabilità, sia formali sia informali. Gli elementi fondamentali includono la stabilità relazionale, la responsabilità condivisa, la flessibilità strutturale e un appropriato bilanciamento tra meccanismi formali e informali di coordinamento».

La costituzione di reti richiede il superamento della tradizionale dicotomia tra assistenza ospedaliera e territoriale attraverso percorsi diagnostico-terapeutici integrati, piattaforme informative condivise, meccanismi di *transitional care* e continuità assistenziale garantita da team multiprofessionali. Il coinvolgimento attivo delle comunità locali rappresenta inoltre una risorsa strategica per la promozione della salute, l'attivazione di risorse comunitarie, la co-progettazione dei servizi e lo sviluppo di competenze per l'*empowerment* dei cittadini (Haldane, Chuah 2019).

Un efficace governo della domanda richiede strategie articolate che includano l'identificazione precoce dei soggetti ad alto rischio, programmi di *demand management* per patologie croniche, fragilità e situazioni di rischio per la salute e stratificazione della popolazione secondo livelli di complessità assistenziale (Golinelli, Pecoraro 2025). L'integrazione si realizza a livello istituzionale attraverso *governance* condivisa e programmazione integrata delle risorse, a livello organizzativo mediante strutture di collegamento e sistemi informativi interoperabili, e a livello professionale attraverso team multi-professionali e formazione interprofessionale.

3. L'evoluzione della professione medica: dal modello gerarchico al modello reticolare

La professione medica segue un'evoluzione all'interno delle dinamiche precedentemente descritte. Sfide e opportunità per la stessa richiedono visione e capacità adattiva. Alcune traiettorie verso una trasformazione radicale sono già in essere, articolandosi in tre transizioni fondamentali.

La prima riguarda il passaggio dall'atto isolato alla presa in carico globale del paziente, con assunzione di responsabilità per

l'intero percorso di cura e non solo per singoli interventi. La seconda transizione concerne l'evoluzione dalla mono-professionalità all'équipe multiprofessionale e multidisciplinare, che richiede lo sviluppo di competenze di comunicazione interprofessionale, flessibilità di ruolo, *leadership* diffusa e gestione costruttiva dei conflitti. La terza transizione riguarda il coinvolgimento dei professionisti da attori operanti in singole organizzazioni alla loro partecipazione in reti inter-organizzative che attraversano confini istituzionali, giuridici e di rappresentanza. Questo implica la capacità di operare in contesti caratterizzati da *governance* condivisa, gestione di *accountability* multiple e comprensione di logiche organizzative diverse. L'efficacia di queste reti dipende dalla qualità dell'integrazione realizzata a livello normativo e strategico, organizzativo, professionale e a livello dell'assistito, garantendo continuità informativa, gestionale e relazionale.

La transizione fondamentale nella concezione dell'autonomia professionale riguarda il passaggio dalle autonomie indipendenti alle autonomie interdipendenti. Il modello tradizionale, caratterizzato da enfasi sull'autonomia decisionale del singolo professionista e relazioni gerarchiche, presenta limiti significativi in termini di frammentazione dell'assistenza e difficoltà nella gestione della complessità. Il nuovo paradigma riconosce invece l'interdipendenza tra professionisti, la responsabilità condivisa per gli esiti di salute e le relazioni orizzontali basate su competenze complementari, garantendo una visione olistica del paziente e maggiore capacità di gestire situazioni complesse.

Parallelamente, si assiste all'evoluzione dal valore individuale al valore di sistema. La prospettiva *value-based* definisce il valore come rapporto tra esiti di salute rilevanti per il paziente e costi sostenuti per raggiungerli, orientando professionisti e organizzazioni verso gli esiti piuttosto che alle attività, e promuovendo l'al-

locazione delle risorse basata sul valore generato per garantire sostenibilità economica attraverso l'efficienza allocativa (Teisberg, Wallace 2020).

4. La natura dell'atto medico

Come evidenziato da Montgomery (2011), il giudizio clinico rappresenta il nucleo della competenza medica esclusiva, sviluppandosi attraverso pratica, esperienza e analisi critica continua. La medicina si configura come pratica interpretativa basata sul ragionamento clinico, in cui il medico integra la storia del paziente con segni e sintomi presenti, giustapponendoli con l'esperienza clinica e gli studi empirici per costruire un resoconto provvisorio della malattia. Questa pratica interpretativa e l'integrazione di dati eterogenei rappresentano attività che richiedono competenza esclusiva medica in quanto non standardizzabili (Chin-Yee, Upshur 2018).

La natura dell'atto determina la delegabilità: quanto più l'attività comporta valutazione clinica complessa, bilanciamento rischio-beneficio e decisione diagnostico-terapeutica, tanto più si configura come competenza esclusiva medica. Le competenze esclusive includono la formulazione di diagnosi, le indicazioni terapeutiche, la prescrizione farmacologica, l'acquisizione del consenso informato e le valutazioni medico-legali (FNOMCeO 2014). Le fasi esecutive standardizzabili sono invece tipicamente condivisibili con altri professionisti sanitari, come riconosciuto da Downie e Walsh (2023), secondo cui nessuna singola professione detiene proprietà esclusiva di una conoscenza clinica definita, e molti compiti possono essere eseguiti in modo sicuro ed efficace da diversi gruppi professionali.

Inoltre, i codici deontologici delle diverse professioni sanita-

rie forniscono riferimenti etici condivisi e basi per la collaborazione interprofessionale.

Le Linee Guida basate sull'evidenza costituiscono riferimenti scientifici condivisi che riducono la variabilità inappropriata nella pratica clinica e forniscono la base scientifica per i percorsi integrati. L'approccio *evidence-based* integra le migliori evidenze scientifiche con l'esperienza clinica del professionista e i valori del paziente, fornendo un linguaggio comune tra professionisti e facilitando la presa di decisioni condivise nel lavoro di équipe.

5. L'attributo valoriale di Linee Guida e Buone Pratiche Clinico-Assistenziali nella "governance" clinica

Una delle criticità più rilevanti nei sistemi sanitari complessi è rappresentata dalla persistente disomogeneità nell'erogazione delle cure, che si manifesta in variabilità non sempre giustificata nei comportamenti clinici, negli esiti assistenziali e nell'accesso alle prestazioni. In questo contesto, le Linee Guida (LG) e le Buone Pratiche Clinico-Assistenziali (BPCA) assumono un ruolo centrale nella *governance* clinica, configurandosi come strumenti strutturali per l'orientamento dell'agire professionale e per la regolazione dei processi assistenziali.

Le LG, intese come raccomandazioni fondate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e sviluppate attraverso metodologie rigorose e trasparenti, contribuiscono a ridurre la variabilità inappropriata della pratica clinica, promuovendo comportamenti professionali coerenti con lo stato dell'arte scientifico e con i principi di qualità e sicurezza delle cure. Le BPCA favoriscono l'applicabilità delle indicazioni *evidence-based* in situazioni cliniche complesse o non completamente standardizzabili.

Nel sistema sanitario contemporaneo, LG e BPCA non svolgono una funzione esclusivamente scientifica o formativa, ma assumono una valenza organizzativa e regolativa sempre più marcata, concorrendo alla definizione degli standard di comportamento professionale e alla costruzione di modelli assistenziali più uniformi, confrontabili e misurabili.

In tale prospettiva, l'atto medico non può più essere considerato come pratica individuale isolata, ma si configura come azione professionale inserita in un sistema di regole condivise orientate alla qualità dell'assistenza. LG e BPCA contribuiscono infatti a rendere l'agire clinico più trasparente, verificabile e coerente con obiettivi di salute definiti a livello sistemico.

Il loro valore può essere analizzato lungo tre direttrici principali: la responsabilità professionale, la qualità e sicurezza delle cure e l'uniformità e appropriatezza dell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Sul piano della responsabilità professionale, il riferimento a raccomandazioni validate consente di delineare criteri oggettivi per la valutazione della condotta clinica, riducendo l'incertezza interpretativa e offrendo parametri tecnici condivisi nei contesti di accertamento medico-legale. La Legge 24/2017 (Italia 2017) ha consolidato questa funzione, riconoscendo esplicitamente il ruolo delle LG e delle BPCA quali riferimenti per la valutazione della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, pur nel rispetto delle specificità del caso concreto.

In termini di qualità e sicurezza delle cure, l'adozione sistematica di raccomandazioni basate sulle evidenze e sul consenso esperto favorisce interventi più appropriati, tempestivi e coerenti con le migliori conoscenze disponibili, contribuendo alla riduzione degli errori evitabili e al miglioramento degli esiti clinici. LG e BPCA promuovono inoltre una maggiore omogeneità nei livelli

di competenza e aggiornamento dei professionisti, rafforzando l'affidabilità complessiva del sistema sanitario.

Sul piano dell'appropriatezza e dell'equità di accesso, l'utilizzo di standard condivisi contribuisce a limitare fenomeni di sovra-utilizzo, sottoutilizzo e cattivo utilizzo delle prestazioni, favorendo un impiego più razionale delle risorse disponibili e riducendo le disuguaglianze territoriali nell'offerta assistenziale.

Al tempo stesso, l'adozione di LG e BPCA non esaurisce la complessità dell'atto medico, che resta fondato sull'integrazione tra evidenze scientifiche, esperienza clinica e specificità del paziente. Il loro utilizzo deve pertanto configurarsi come supporto al giudizio professionale e non come sostituzione dello stesso, evitando derive di tipo meramente procedurale o difensivo.

In questa prospettiva, LG e BPCA rappresentano non solo strumenti tecnici, ma dispositivi di governo della pratica clinica, capaci di orientare l'atto medico verso modelli di decisione più responsabili, trasparenti e coerenti con le esigenze di sistemi sanitari complessi.

6. Le attuali esigenze di sistema: eccellenza clinica e appropriatezza d'accesso alle cure

Nel contesto dei sistemi sanitari contemporanei, l'atto medico è chiamato a confrontarsi con esigenze crescenti di qualità, sostenibilità ed equità nell'accesso alle cure. In tale scenario, l'eccellenza clinica non può essere intesa come mera conformità a standard tecnici, ma come processo dinamico che integra *Evidence-Based Medicine (EBM)*, giudizio clinico esperto e responsabilità organizzativa orientata agli esiti di salute.

L'eccellenza clinica implica l'impegno sistematico a identifica-

re, implementare e monitorare interventi diagnostico-terapeutici e modelli assistenziali che abbiano dimostrato efficacia, sicurezza e valore attraverso studi controllati, revisioni sistematiche e valutazioni comparative. Questo orientamento non si esaurisce nella scelta iniziale dell'intervento, ma richiede un monitoraggio continuo degli *outcome* clinici e un adattamento costante delle pratiche sulla base dei risultati osservati e delle caratteristiche del contesto assistenziale.

L'atto medico contemporaneo si configura pertanto come decisione orientata agli esiti, nella quale l'integrazione tra conoscenze scientifiche, esperienza professionale e contesto organizzativo diventa condizione essenziale per garantire qualità delle cure e sostenibilità del sistema.

Tuttavia, l'eccellenza clinica non può essere considerata separatamente dal principio di appropriatezza, che ne rappresenta la necessaria declinazione operativa ed etica. L'appropriatezza clinica non coincide con la sola efficacia dell'intervento, ma implica la valutazione della pertinenza della cura rispetto alla specifica condizione del paziente, al rapporto beneficio-rischio, alle preferenze individuali e al contesto assistenziale (Tringale, Stephen 2022).

Non ogni intervento clinicamente efficace risulta appropriato per ogni paziente: l'appropriatezza dell'atto medico richiede che il professionista valuti se il beneficio atteso sia giustificato in relazione alla condizione clinica individuale, agli effetti avversi potenziali, ai valori del paziente e alle implicazioni organizzative e sociali della decisione.

In questa prospettiva, appropriatezza ed eccellenza si configurano come dimensioni complementari dell'agire clinico: la prima orienta la selezione degli interventi nel caso concreto, la seconda definisce il livello qualitativo verso cui tende la pratica professionale.

Il tema dell'appropriatezza si intreccia inoltre con quello dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie, principio fondante del Servizio Sanitario Nazionale. La letteratura ha ampiamente documentato la presenza di significative variazioni nella pratica clinica tra aree geografiche, strutture sanitarie e professionisti, non sempre giustificabili dal *case-mix* assistenziale. Tali variazioni possono esprimersi in fenomeni di sovra-utilizzo, sottoutilizzo o uso inappropriato delle prestazioni, con conseguenze rilevanti in termini di esiti di salute, sostenibilità economica e giustizia distributiva.

L'appropriatezza rappresenta pertanto anche uno strumento di governo della variabilità, consentendo di orientare l'atto medico verso decisioni più coerenti con evidenze scientifiche, bisogni assistenziali e risorse disponibili.

Dal punto di vista metodologico, la definizione dell'appropriatezza si fonda su un approccio sistematico che integra revisione delle evidenze scientifiche, analisi di scenari clinici specifici e valutazioni condivise da panel multidisciplinari di esperti. Questo processo consente di formulare raccomandazioni esplicite e operative, capaci di orientare la decisione clinica nelle diverse situazioni assistenziali.

L'appropriatezza dell'atto medico non costituisce tuttavia una categoria dicotomica, ma un *continuum* che richiede valutazioni graduate e contestuali. La decisione clinica rimane quindi un processo interpretativo che integra raccomandazioni *evidence-based*, esperienza professionale e specificità del paziente.

In tale quadro, il coinvolgimento attivo del paziente nel processo decisionale (*shared decision-making*) rappresenta un elemento essenziale per garantire la coerenza tra scelte cliniche, preferenze individuali e obiettivi di salute, contribuendo a migliorare l'aderenza terapeutica e gli esiti percepiti.

L'atto medico contemporaneo si configura dunque come decisione complessa che deve tendere all'eccellenza clinica attraverso l'appropriatezza delle scelte, integrando evidenze scientifiche, giudizio professionale, valori del paziente e vincoli organizzativi all'interno di sistemi sanitari sempre più complessi.

7. Atto medico e processo decisionale condiviso

Nei sistemi sanitari contemporanei, caratterizzati da elevata complessità organizzativa e crescente interdipendenza tra professioni, l'atto medico si realizza sempre più all'interno di contesti multi-professionali e multidisciplinari. In tale scenario, la decisione clinica non può essere ricondotta esclusivamente alla dimensione individuale del professionista, ma si configura come esito di processi deliberativi che coinvolgono una pluralità di attori.

Le LG e le BPCA, per la loro natura intrinsecamente multidisciplinare e multi-professionale, rappresentano strumenti fondamentali per orientare l'azione congiunta dei professionisti della salute. La loro elaborazione condivisa contribuisce a definire un quadro di riferimento comune che favorisce coerenza decisionale, integrazione operativa e responsabilità condivisa (Snyder Sulmasy, Carney 2026).

In questo contesto, l'atto medico si colloca in una prospettiva di autonomia relazionale, nella quale il giudizio professionale si esercita attraverso il confronto tra pari e l'interazione con competenze complementari. L'adozione di raccomandazioni *evidence-based* non sostituisce il giudizio clinico, ma ne struttura l'esercizio all'interno di contesti complessi, rendendo espliciti i criteri decisionali e favorendo processi più trasparenti e condivisi.

La letteratura evidenzia come l'integrazione tra evidenze scientifiche, *expertise* clinica e valori del paziente migliori la qualità delle decisioni e rafforzi la partecipazione degli attori coinvolti, configurando scelte realmente co-prodotte tra autonomie professionali interdipendenti. In questa prospettiva, il processo decisionale condiviso rappresenta non soltanto una modalità operativa, ma una componente essenziale della qualità dell'atto medico contemporaneo (Karthikeyan, Pais 2010).

L'impiego di percorsi e indicatori *evidence-based* contribuisce inoltre a migliorare l'aderenza alle raccomandazioni e l'uso appropriato delle risorse disponibili, favorendo al contempo lo sviluppo di competenze collaborative tra i professionisti. In questo senso, le raccomandazioni basate sull'evidenza svolgono la funzione di linguaggio comune tra professioni diverse, orientando responsabilmente le autonomie medica, infermieristica, riabilitativa e sociale verso obiettivi condivisi di esito e sicurezza.

L'atto medico si configura pertanto come nodo decisionale centrale all'interno di una rete di responsabilità interprofessionali, in cui la sintesi del giudizio clinico mantiene la propria specificità, pur collocandosi entro processi deliberativi più ampi e strutturati.

Conclusioni

Nel panorama sanitario attuale, l'atto medico acquista pieno significato quando il medico non è più soltanto esecutore tecnico di prestazioni, ma professionista inserito stabilmente in contesti organizzativi e relazionali complessi. Egli opera all'interno di équipe multiprofessionali, partecipa ai processi decisionali clinico-organizzativi e contribuisce alla costruzione e al funzionamen-

to di reti assistenziali territoriali e specialistiche, assumendo una responsabilità che si estende lungo l'intero *continuum* assistenziale, dalla prevenzione ai diversi livelli di cura.

In questo quadro, l'atto medico si configura come decisione situata, esercitata attraverso l'integrazione tra evidenze scientifiche, giudizio professionale, contesto organizzativo e bisogni del paziente. Il medico assume così un ruolo di snodo tra paziente, familiari, professionisti e istituzioni, contribuendo – attraverso trasparenza decisionale, uso appropriato delle evidenze e competenze comunicative – al rafforzamento della fiducia nella relazione di cura e nella sanità pubblica nel suo complesso.

L'esercizio delle professioni sanitarie si colloca oggi in un contesto fortemente evolutivo, caratterizzato dal progressivo superamento delle tradizionali logiche gerarchiche a favore di modelli organizzativi fondati sull'interdipendenza professionale e sulla responsabilità condivisa. In questo scenario, diventa indispensabile un'apertura sistematica al confronto: con gli altri professionisti, con i pazienti – riconosciuti come partner attivi del processo di cura – e con l'innovazione nelle sue molteplici forme.

La risposta ai bisogni di salute complessi, al tempo stesso specifici e multidimensionali, richiede necessariamente un'azione collaborativa che integri competenze multidisciplinari e multi-professionali. Tuttavia, per evitare la frammentazione degli interventi e delle decisioni – rischio intrinseco quando operano diverse autonomie professionali – si rende necessario ricondurre tale complessità a una unitarietà di indirizzo del trattamento (prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione, palliazione) e a una sintesi del giudizio clinico conclusivo.

Questa funzione di integrazione e sintesi richiede una visione multidimensionale e multi-sistemica che è propria del medico, in virtù della specificità del suo percorso formativo. Tale percorso

si caratterizza infatti per l'acquisizione congiunta di competenze tecniche (*hard skills*: conoscenze scientifiche e teoriche, abilità cliniche) e competenze trasversali (*soft skills*: comunicazione, capacità manageriali e di *leadership*, consapevolezza deontologica), che nel loro insieme rendono il medico capace di governare la complessità clinico-assistenziale, mantenendo la centralità del paziente e del suo progetto di cura.

Riferimenti bibliografici

- Chin-Yee B., Upshur R. (2018), *Clinical judgement in the era of big data and predictive analytics*, in «Journal of Evaluation in Clinical Practice», 24, 3, pp. 638-645, doi: 10.1111/jep.12852.
- Downie S., Walsh J., Kirk-Brown A., Haines T.P. (2023), *How can scope of practice be described and conceptualised in medical and health professions? A systematic review for scoping and content analysis*, in «The International Journal of Health Planning and Management», 38, 5, pp. 1184-1211, doi: 10.1002/hpm.3678.
- Emanuel E.J., Emanuel L.L. (1992), *Four Models of the Physician-Patient Relationship*, in «Journal of American Medical Association», 267(16), pp. 2221-2226.
- FNOMCeO (2014), Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, *Codice di deontologia medica*, https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2023/08/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti_acc.pdf.
- Golinelli D., Pecoraro V., Tedesco D., Negro A. et al. (2025), *Population risk stratification tools and interventions for chronic disease management in primary care: a systematic literature review*, in «BMC Health Services Research», 25, 1, p. 526, doi: 10.1186/s12913-025-12690-0.
- Goodwin N., Peck E. (2004), *Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation*, NCCSDO, London.

- Haldane V., Chuah F.L.H., Srivastava A., Singh S.R. et al. (2019), *Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes*, in «PLoS One», 14, 5, p. e0216112, doi: 10.1371/journal.pone.0216112.
- Italia (2017), *Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*, in «Gazzetta Ufficiale», n. 64 del 17 marzo 2017.
- Karthikeyan G., Pais P. (2010), *Clinical judgement & evidence-based medicine: time for reconciliation*, in «The Indian Journal of Medical Research», 132, 5, pp. 623-626, doi: 10.4103/0971-5916.73418.
- Montgomery K. (2011), *Clinical judgement and the medical profession*, in «Journal of Evaluation in Clinical Practice», 17, 6, pp. 1050-1051.
- Pham T. (2025), *Ethical and legal considerations in healthcare AI: innovation and policy for safe and fair use*, in «Royal Society Open Science», 12, 5, p. 241873, doi: 10.1098/rsos.241873.
- Ratnapalan S, Lang D. (2020), *Health Care Organizations as Complex Adaptive Systems*, in «The Health Care Manager», 39, 1, pp. 18-23, doi: 10.1097/HCM.000000000000284.
- Snyder Sulmasy L., Carney J.K. (2026), *Physicians Are Not Providers: The Ethical Significance of Names in Health Care: A Policy Paper From the American College of Physicians*, in «Annals of International Medicine», 179, 4, pp. 556-558, doi: 10.7326/ANNALS-25-03852.
- Teisberg E., Wallace S., O'Hara S. (2020), *Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework*, in «Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges», 95, 5, pp. 682-685, doi: 10.1097/ACM.0000000000003122.
- Tringale M., Stephen G., Boylan A.M., Heneghan C. (2022), *Integrating patient values and preferences in healthcare: a systematic review of qualitative evidence*, in «BMJ Open», 12, 11, p. e067268, doi: 10.1136/bmjopen-2022-067268.

L'atto medico nel fine vita

di Marinella D'Innocenzo

Abstract: Il presente contributo analizza l'evoluzione dell'atto medico nell'ambito delle decisioni di fine vita, integrando i dettami della Legge 219/2017 e le sentenze della Corte Costituzionale (es. Sentenza Cappato). L'obiettivo è chiarire il ruolo del medico non come mero esecutore di volontà, ma come garante di un processo clinico, etico e giuridico che distingue l'accompagnamento alla morte dignitosa dall'abbandono terapeutico, riaffermando la centralità della relazione di cura nel momento di massima fragilità dell'individuo.

Introduzione

Sebbene la Legge 219/2017 e la giurisprudenza costituzionale abbiano aperto varchi necessari all'autodeterminazione nelle cure, sussiste la necessità di definire l'atto medico nel fine vita come un processo che va oltre la prestazione tecnica. Se la "prestazione" può riguardare l'interruzione di un supporto vitale, il giudizio e la deliberazione del medico si configurano come sintesi etica e clinica che garantisce la non sofferenza, la proporzionalità delle cure e il rispetto della dignità umana. Appare utile pertanto operare alcune chiarificazioni concettuali, integrando la definizione di atto medi-

co nel fine vita, a partire dalla distinzione tra prestazione tecnica e accompagnamento nel rispetto della dignità biografica dell'individuo.

1. Il medico come garante dell'alleanza terapeutica nel fine vita

L'evoluzione normativa e culturale ha trasformato il medico da decisore paternalistico a partner di un'alleanza con il destinatario delle cure. Nell'ambito del fine vita, il medico non interviene come mero esecutore di procedure terminali, ma agisce come effettivo garante della dignità della persona. Il suo ruolo si esplica nel presidiare la sicurezza clinica – intesa come impegno assoluto nel sollievo dal dolore e dalla sofferenza – e nel tutelare l'integrità etica del percorso, assicurando il pieno rispetto della volontà e dell'autodeterminazione del paziente.

Al medico spetta la competenza esclusiva della valutazione della prognosi infausta, l'accertamento della sofferenza refrattaria e la verifica della capacità di intendere e volere del paziente, elementi che non possono essere delegati ad altre figure professionali o sistemi automatizzati.

Nell'ambito del fine vita, l'atto medico lascia l'obiettivo del ripristino funzionale e della guarigione (*to cure*) a favore della sua espressione più alta e deontologica, il “prendersi cura” (*to care*) nella sua forma più pura. In questa fase, l'azione del medico non è più volta alla mera preservazione delle funzioni biologiche, ma alla tutela della “dignità biografica” della persona.

Riconoscere la “dignità biografica” significa onorare la storia, i valori e l'identità della persona assistita, garantendo che l'ultimo tratto del percorso umano sia coerente con l'esistenza vissuta.

L'atto medico si eleva dunque a garante dell'integrità di questo compimento attraverso tre pilastri operativi: la sedazione palliativa profonda come urgenza etica, la sospensione dei trattamenti e il rifiuto dell'ostinazione, l'interpretazione e la contestualizzazione delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).

La sedazione palliativa profonda non deve essere intesa come una mera procedura farmacologica di gestione del decesso, ma si configura come un atto medico di "urgenza etica". È l'intervento estremo volto al controllo dei sintomi refrattari, finalizzato a proteggere la persona da sofferenze intollerabili che ne frantumerebbero la dignità nel tratto finale del percorso vitale (Corte Costituzionale 2024).

L'atto medico che valuta e delibera la sospensione dei trattamenti consiste nel saper riconoscere con perizia scientifica e sensibilità umana il confine oltre il quale le terapie degradano in "ostinazione irragionevole" (accanimento terapeutico) (Saunders 2006). In tale contesto, l'azione del medico si evolve nella rimodulazione del piano di cura: lungi dal configurarsi come un abbandono, essa orienta ogni risorsa verso il sollievo totale, preservando la qualità della vita residua e il rispetto del tempo naturale del morire.

In questo frangente l'atto medico include il delicato compito di interpretare e contestualizzare le Disposizioni Anticipate di Trattamento: il medico agisce come interprete e mediatore tra la volontà espressa "ora per allora" e la realtà clinica contingente. Tale funzione è essenziale per evitare interpretazioni anacronistiche o meccaniche, assicurando che la volontà del paziente sia attuata nel modo più fedele possibile alla sua identità biografica e alle possibilità offerte dalla scienza medica più recente.

2. La metodologia del consenso: relazione, obiezione di coscienza, garanzia della coscienza

Il “come” si realizza l'atto medico nel fine vita, non riguarda solo la tecnica esecutiva, ma la qualità del processo relazionale e il rispetto dei valori di tutti gli attori coinvolti. L'atto medico come processo decisionale non è un evento isolato, ma l'esito di una relazione di cura che deve essere tracciata e documentata nel tempo (Kübler-Ross 1969). La Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) rappresenta la forma più evoluta di atto medico preventivo: è il momento in cui medico e paziente, in una fase ancora non terminale, definiscono insieme lo scenario dei trattamenti futuri. Questo processo trasforma il consenso informato da “freddo” modulo burocratico in percorso clinico dinamico, garantendo che ogni decisione successiva sia coerente con i desideri del paziente, evitando crisi decisionali nell'emergenza e rendendo l'atto medico più sereno e documentato (Italia 2017).

Pur nel rispetto delle volontà del paziente, l'atto medico rimane libero e il medico non può essere costretto a compiere atti contrari alla propria coscienza o ai propri convincimenti tecnico-scientifici.

La clausola di coscienza ribadisce l'autonomia professionale e intellettuale del medico, che non può essere ridotto a mero esecutore di richieste che contrastino con i propri principi etici o con il proprio sapere tecnico-scientifico. L'autonomia professionale è la garanzia che ogni decisione medica sia fondata su un giudizio di valore e di scienza, e non su una semplice applicazione meccanica di protocolli. Tuttavia, l'esercizio della clausola di coscienza non deve mai tradursi in una interruzione della relazione terapeutica o in un vuoto assistenziale. È fondamentale chiarire che la clausola di coscienza non coincide con l'atto di “andarsene” o delegare il

caso, ma si configura come l'impegno a "curare in altro modo". Il medico che declina l'esecuzione di una specifica procedura terminale ha il preciso dovere deontologico di garantire la continuità delle cure palliative e l'assistenza al sollievo. In questo senso, l'atto medico di obiezione o dissenso tecnico si ricompone nel principio supremo del "non abbandono": il medico resta accanto al paziente nel momento del bisogno, spostando l'obiettivo clinico verso il conforto e la gestione della dignità biografica, assicurando che nessun individuo sia lasciato solo di fronte alla sofferenza.

3. Responsabilità organizzativa e giuridica

L'atto medico nel fine vita non può essere isolato in una dimensione puramente individuale, ma deve iscriversi in una cornice di sistema che ne garantisca la legittimità e la sostenibilità operativa.

Tale atto si esplica all'interno di un contesto protetto e regolamentato, dove la responsabilità del singolo professionista trova un sinergico supporto fondamentale nei Comitati Etici Territoriali (o per la Pratica Clinica). Tale interazione assicura che le decisioni più complesse siano il frutto di una riflessione collegiale e multidisciplinare, offrendo al medico un solido ancoraggio etico e una maggiore tutela giuridica di fronte a scelte che coinvolgono i confini della vita.

Tuttavia l'esecuzione dell'atto medico nel fine vita prevede delle imprescindibili responsabilità organizzative. Le strutture sanitarie hanno il dovere di garantire l'accesso universale e tempestivo alle cure palliative e alla terapia del dolore. Nel contesto normativo italiano tale disponibilità non è solo un obbligo di legge (Italia 2010), ma rappresenta il presupposto etico essenziale

affinché l'atto medico e la scelta del paziente siano realmente liberi: non può esserci vera autodeterminazione se la decisione di fine vita è condizionata dalla carenza di assistenza o dall'assenza di alternative nel controllo della sofferenza.

Nel contesto del fine vita, il medico non opera come un agevolatore della morte, ma come il garante di un percorso clinico procedimentalizzato. La distinzione tra l'assistenza al morire e l'istigazione o l'aiuto al suicidio, intesi come reati, risiede proprio nella natura deliberativa dell'atto medico, che si configura come una sintesi di scienza, coscienza e rispetto della legge. L'intervento del medico non è volto a "istigare" o "facilitare" la fine della vita in senso generico, ma a verificare la sussistenza di rigorose condizioni cliniche (irreversibilità, sofferenza intollerabile, dipendenza da sostegni vitali). Mentre l'istigazione è un'azione esterna che influenza o aiuta un soggetto vulnerabile, l'atto medico nel fine vita è un processo di validazione della volontà preesistente del paziente. Il medico agisce come "filtro" critico: verifica che la richiesta sia libera, informata e non dettata da stati depressivi trattabili, distinguendo così il desiderio di dignità biografica dal disagio sociale o psichico.

In questo quadro, l'atto medico nel fine vita si configura anche come lo strumento che accerta la non punibilità della condotta, trasformando una situazione tragica in un percorso di autodeterminazione, che nel sistema italiano è protetto dal Servizio Sanitario Nazionale.

Conclusioni

L'atto medico nel fine vita segna il passaggio cruciale dal tentativo di arrestare il declino organico alla protezione dell'integrità della persona nella sua interezza. L'atto medico nel fine vita

deve superare una visione puramente “biologica” della vita – intesa come mera persistenza di funzioni vitali – per abbracciare quella “biografica”. In quest’ottica, l’intervento clinico è volto a promuovere l’autonomia residua e a garantire il sollievo totale: un concetto multidimensionale che integra la gestione del dolore fisico con il supporto psicologico, relazionale e spirituale. Rispettare la dignità biografica significa assicurare che l’ultimo tratto dell’esistenza sia coerente con la storia, i valori e l’identità del paziente.

Bisogna ribadire con forza che l’atto medico nel fine vita non è un atto di rinuncia, ma l’ultima e più alta forma di tutela della persona. Esso si configura come processo di accompagnamento clinico ed etico, volto a garantire che il transito avvenga in condizioni di massima umanità. Il medico, in questa fase, non abbandona il campo ma sposta il baricentro del suo agire verso la protezione del morente da ogni forma di sofferenza inutile o degradante, facendosi custode del valore inalienabile della vita umana fino al suo naturale compimento.

L’assistenza al morire, secondo le indicazioni della Sentenza della Corte Costituzionale 242/2019, è un atto medico a tutti gli effetti perché prevede l’inquadramento diagnostico (accertamento della patologia), la valutazione dei sintomi (refrattarietà e intollerabilità) e il monitoraggio e l’accompagnamento (presenza del medico per evitare complicazioni o sofferenze durante la procedura).

In conclusione, l’atto medico nel fine vita si configura non come l’interruzione di un impegno, ma come la sua massima elevazione: il passaggio dal dovere di guarire al dovere di non lasciare solo il paziente nel compimento della propria dignità biografica.

Appendice: elementi di sintesi

Area di intervento	Obiettivo dell'integrazione	Fonte di riferimento
Autodeterminazione	Colmare il divario tra volontà del paziente e responsabilità clinica del medico attraverso la PCC	Legge 219/2017
Sofferenza refrattaria	Definire i criteri clinici e l'urgenza etica per l'accesso alla sedazione profonda come atto medico specialistico	Art. 38 Codice Deontologico
Ruolo del medico	Validazione Clinica <i>vs</i> Prestazione Esecutiva: distinguere l'accompagnamento clinico dalla mera "prestazione terminale". L'atto procedimentalizzato funge da garante della liceità del percorso, qualificando l'assistenza etica al morire come attività clinica distinta da condotte penalmente rilevanti	Corte Cost. Sent. 242/2019 e 135/2024
Sicurezza etica	Riaffermare il principio di <i>beneficium</i> e di non maleficenza anche nelle fasi di sospensione dei trattamenti	Etica della cura
Responsabilità di sistema	Vincolare l'atto medico alla presenza di una rete di Cure Palliative efficiente (Responsabilità Organizzativa)	Legge 38/2010
Integrità biografica	Spostare il fine dell'atto dalla preservazione biologica alla tutela della storia e dei valori del paziente	Dignità della persona

Glossario dei termini chiave

Accanimento terapeutico: (vedi Ostinazione irragionevole).

Accompagnamento: processo clinico ed etico di tutela attiva della persona nella fase terminale; si distingue dalla rinuncia alle cure per il presidio costante della dignità.

Atto medico procedimentalizzato: insieme di azioni diagnostiche, valutati-

- ve e di monitoraggio che garantiscono la liceità dell'assistenza al morire, distinguendola da fattispecie di reato.
- Autodeterminazione: diritto del paziente di rifiutare trattamenti o di pianificare le cure del fine vita, garantito dalla Legge 219/2017.
- Beneficium* (Principio di): dovere del medico di agire per il massimo bene del paziente, che nel fine vita si traduce nel sollievo dalla sofferenza.
- Clausola di coscienza: diritto del medico di non compiere atti contrari ai propri valori etici o convincimenti scientifici, senza tuttavia interrompere il *care* assistenziale.
- Comitati etici territoriali: organismi multidisciplinari di supporto al medico per la validazione dei percorsi di fine vita più complessi.
- Disposizioni anticipate di trattamento (DAT): espressione della volontà del paziente "ora per allora"; richiedono l'azione del medico di interpretazione e contestualizzazione clinica.
- Dignità biografica: tutela della storia, dei valori e dell'identità della persona, superando la mera sopravvivenza biologica delle funzioni vitali.
- Integrità etica: coerenza tra l'agire medico, la volontà del paziente e i dettami deontologici e normativi.
- Istigazione al suicidio: condotta penalmente rilevante da cui l'atto medico proceduralizzato si distingue per finalità, metodo e inquadramento clinico.
- Non abbandono (Principio di): obbligo deontologico del medico di restare accanto al paziente garantendo cure palliative, anche in presenza di obiezione a specifiche procedure.
- Ostinazione irragionevole: persistenza in trattamenti privi di beneficio per il paziente, definita comunemente come accanimento terapeutico.
- Pianificazione condivisa delle cure (PCC): metodologia relazionale per definire anticipatamente il percorso terapeutico, considerata la forma più evoluta di atto medico preventivo.
- Responsabilità organizzativa: dovere della struttura sanitaria di garantire le risorse e le reti (cure palliative) necessarie all'esercizio della libertà di scelta.

Rimodulazione delle cure: deliberazione del medico di revisione del piano terapeutico che sposta l'obiettivo dalla guarigione al sollievo totale.

Sedazione palliativa profonda: atto medico d'urgenza etica finalizzato al controllo dei sintomi refrattari e alla garanzia di un decesso privo di sofferenza.

Sollievo totale (*Total Pain*): approccio che integra la gestione del dolore fisico con il supporto psicologico, sociale e spirituale.

Sostegno vitale: trattamento la cui interruzione determina la morte; la sua verifica è requisito essenziale per l'accesso ai percorsi previsti dalla Sentenza della Corte Costituzionale 242/2019.

Validazione clinica: funzione intellettuale del medico volta ad accertare la sussistenza dei requisiti clinici e di volontà per la liceità dell'assistenza al morire.

Riferimenti bibliografici

Corte Costituzionale (2019), *Sentenza n. 242/2019, Caso Cappato*, in «Gazzetta Ufficiale», n. 48 del 27 novembre 2019.

Corte Costituzionale (2024). *Sentenza n. 135/2024, Requisito dei sostegni vitali*, in «Gazzetta Ufficiale», n. 30 del 24 luglio 2024.

FNOMCeO (2014), Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, *Codice di deontologia medica, Articolo 38: Cure palliative e terapia del dolore*, https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2023/08/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti_acc.pdf.

Italia (2010), *Legge 15 marzo 2010, n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*, in «Gazzetta Ufficiale», Serie Generale n. 65 del 19 marzo 2010.

Italia (2017), *Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in «Gazzetta Ufficiale», Serie Generale n. 12 del 16 gennaio 2018.

Kübler-Ross E. (1969), *On Death and Dying*, Macmillan, New York.

Saunders C. (2006), *Cicely Saunders: Selected Writings 1958-2004*, Oxford University Press, Oxford.

Atto medico e approccio “One Health”

di Aldo Di Blasi

Abstract: Il contributo analizza l'evoluzione della medicina nel quadro dell'approccio *One Health*, che integra salute umana, animale e ambientale. Il medico contemporaneo è custode della salute globale, capace di leggere segnali ambientali per prevenire malattie umane. Tre vie guidano l'approccio: prevenzione ambientale integrata, collaborazione multiprofessionale e transdisciplinare che collega scienza, tecnologia ed etica. Il medico oggi non è un solista ma un “direttore d'orchestra” in un ecosistema sanitario composto da rete professionale, tecnologie, contesto sociale e risorse istituzionali.

Introduzione

La figura del medico ha vissuto, nel corso degli ultimi decenni, una profonda metamorfosi. Se storicamente il suo ruolo è stato associato alla gestione della malattia all'interno di una dimensione prettamente duale (il medico che cura il singolo paziente), oggi questa visione non è più sufficiente a intercettare la complessità del nostro tempo. La stessa definizione di salute ha subito un'evoluzione radicale: non si tratta più della semplice assenza di patologie, ma di uno stato di completo benessere fisico, mentale e

sociale che non può prescindere dal contesto in cui l'uomo vive (WHO 1946; WHO 1986).

Oggi il medico si trova a operare in uno scenario in cui i confini della clinica tradizionale si sono espansi. L'evidenza scientifica ci mostra che un decesso su quattro a livello globale è legato a fattori ambientali e che i cambiamenti climatici, l'inquinamento e la perdita di biodiversità incidono direttamente sull'insorgenza di nuove patologie e sulla vulnerabilità di bambini e anziani (WHO 2017). Di conseguenza, l'orizzonte professionale del medico non può più limitarsi alle mura dell'ambulatorio o dell'ospedale, ma deve abbracciare una responsabilità collettiva ed ecologica. Il medico oggi è, a tutti gli effetti, un custode della salute globale, un interprete capace di leggere i segnali di malessere dell'ambiente per prevenire quelli dell'uomo.

1. Lo scenario globale e l'approccio "One Health"

Questa evoluzione della professione medica trova la sua massima espressione nell'approccio *One Health* (o Salute Unica). Riconoscendo l'interconnessione indissolubile tra salute umana, animale e ambientale, questo modello trasforma radicalmente il processo e le scelte di cura. Per il medico moderno, curare non significa più soltanto prescrivere una terapia sintomatica o focalizzarsi sul singolo organo, ma adottare una visione sistemica e lungimirante. Le scelte di cura vengono inevitabilmente condizionate da questo nuovo ruolo e si muovono su due direttrici fondamentali:

- la prevenzione ambientale integrata: la scelta terapeutica e diagnostica si arricchisce della valutazione dei fattori di rischio del territorio (dalla qualità dell'aria e dell'acqua

- all'esposizione a contaminanti emergenti come le microplastiche). Il medico diventa un promotore di stili di vita sostenibili, consapevole che proteggere l'ecosistema circostante è il primo atto di prevenzione medica;
- l'approccio multisettoriale: affrontare sfide complesse come l'antibiotico-resistenza o gli effetti sanitari delle ondate di calore richiede al medico di uscire dal proprio isolamento specialistico. Le sue decisioni cliniche devono dialogare costantemente con le evidenze della ricerca ambientale (Di Domenico, Milani 2026) e integrarsi con i programmi di sanità pubblica e gli obiettivi dell'Agenda ONU 2030 (ONU 2015).

L'approccio *One Health*, dunque, non è semplicemente un protocollo scientifico aggiornato, ma un nuovo paradigma etico e pratico. Il medico di oggi è chiamato a essere un professionista transdisciplinare: un nodo cruciale di una rete nella quale la tutela della vita umana passa, inevitabilmente, anche attraverso la salvaguardia del pianeta.

2. La nuova relazione medico-paziente tra scienza, ascolto e gestione

Il medico oggi, pur continuando a esercitare la professione in “scienza e coscienza” secondo il celebre *Giuramento* di Ippocrate, è passato da un patto di “obbedienza esclusivo con se stesso” (che lo rendeva unico riferimento dell'atto di cura) a un contratto sociale di “alleanza terapeutica” che lo subordina all'autodeterminazione del paziente, a cui spettano da ultimo le decisioni sulla propria salute.

Pertanto, il profilo che attualmente caratterizza la sua formazione non è più solo quello del clinico che cura la malattia, ma si è evoluto in un ruolo multidisciplinare, di alta complessità, che integra scienza, ascolto e gestione: si è passati dal medico unico decisore al medico parte di un ecosistema finalizzato alla prevenzione, mantenimento, recupero dello stato di salute.

Tre sono i pilastri che definiscono questa evoluzione:

1. l'umanizzazione (oltre la tecnica): non basta più fare la diagnosi corretta, oggi il medico deve saper comunicare: la parola è diventata parte della terapia. Si parla di medicina narrativa, nella quale l'ascolto del vissuto del paziente è altrettanto necessario al pari di qualunque indagine strumentale e di laboratorio;
2. l'integrazione tecnologica: negli ultimi 50 anni, lo sviluppo dell'*Health Technology Assessment (HTA)* ha enormemente accelerato il progresso tecnologico, che attualmente vede un ulteriore stravolgimento gnoseologico e metodologico con il prepotente avanzare dell'intelligenza artificiale. A sua volta l'IA sta accelerando l'utilizzo della telemedicina e della robotica. Il medico non è più solo colui che "sa", ma colui che deve saper interpretare una mole enorme di dati digitali per personalizzare la cura;
3. la gestione delle risorse: soprattutto nel sistema pubblico, il medico è diventato anche un "manager della salute". Garantire l'eccellenza clinica in un contesto sociale nel quale le risorse sono da trent'anni in costante riduzione e scegliere come e dove allocarle, restituiscono al medico la centralità del ruolo decisionale per realizzare la sostenibilità economica del sistema di assistenza.

In breve, se un tempo era un guaritore “solista”, oggi è un “direttore d'orchestra” della salute che coordina scienza, empatia, tecnologia con le risorse economiche a disposizione.

3. Il medico come “direttore d'orchestra” e la cassetta degli attrezzi multidisciplinare

Il medico non è più un “solista”, ma un “direttore d'orchestra”: è il nodo di una rete complessa. Non si limita a guardare l'organo malato, ma coordina diverse competenze per curare l'integrità della persona, avvalendosi di competenze multidisciplinari e multiprofessionali, ovvero:

- il coordinamento clinico (*l'équipe*): il medico moderno lavora costantemente con altre figure professionali. Per un paziente oncologico o cronico, ad esempio, deve dialogare e integrare i pareri di specialisti diversi (chirurgo, radiologo, genetista), professioni sanitarie (infermieri, fisioterapisti, dietisti) e del supporto psicologico, fondamentale per l'efficacia delle cure;
- l'integrazione di competenze extra-mediche: essere multidisciplinari oggi significa che il medico deve possedere “cassette degli attrezzi” che un tempo non gli appartenevano: competenze tecnologiche e digitali (saper usare l'intelligenza artificiale per le diagnosi e gestire la telemedicina), competenze bioetiche e legali (affrontare temi delicati come il consenso informato, il fine vita e la *privacy* dei dati) e competenze gestionali (capire i costi delle cure e saper gestire le liste d'attesa o le risorse del reparto);

- salute globale: il ruolo oggi si allarga all'ambiente. Il medico multidisciplinare sa che la salute del paziente dipende anche dal contesto (visione *One Health*): fattori sociali (la solitudine o la povertà influenzano la guarigione tanto quanto un farmaco) e fattori ambientali (considerare l'impatto dell'inquinamento o dello stile di vita urbano sulle patologie);
- la medicina della complessità: mentre il medico del passato cercava “una causa per una malattia”, il medico multidisciplinare gestisce la comorbilità (pazienti con più malattie diverse contemporaneamente). Questo richiede la capacità di bilanciare terapie diverse che potrebbero entrare in conflitto tra loro, cercando un equilibrio generale per il benessere del paziente.

In sintesi, la multidisciplinarietà è la capacità di fare sistema, unendo tutti i punti di raccordo, ovvero: connettere i dati scientifici con le emozioni del paziente, le risorse economiche con l'innovazione tecnologica e il lavoro del singolo con quello di tutto il team sanitario.

4. La mappa dell'ecosistema sanitario

Pensare al medico come parte di un ecosistema significa smettere di immaginarlo nel suo studio chiuso, ma vederlo come un nodo vitale all'interno di una rete dove tutto è connesso. Ecco da cosa è composto questo ecosistema:

Componente dell'ecosistema	Elementi costitutivi e dinamiche
La rete professionale (l'équipe)	Il medico non lavora più da solo. L'ecosistema include altre figure sanitarie (infermieri, fisioterapisti, farmacisti e psicologi) e specialisti trasversali (es. dialogo costante tra medico di base, diabetologo e cardiologo per pazienti complessi)
L'ecosistema digitale (la tecnologia)	Uno spazio tecnologico che influenza ogni sua decisione: Fascicolo Sanitario Elettronico (memoria condivisa in tempo reale), Telemedicina (possibilità di curare a distanza) e intelligenza artificiale (strumenti predittivi e di lettura diagnostica)
L'ambiente e la società (il contesto)	Fattori extra-corporei rilevanti: fattori sociali (casa, lavoro, istruzione, rete familiare; se il paziente è solo, la terapia medica spesso fallisce) e ambiente (consapevolezza <i>One Health</i> legata a inquinamento, microplastiche, nuove epidemie)
Il paziente esperto (l'interazione)	Il paziente non è un elemento passivo, ma un soggetto informato che partecipa alle decisioni. Il medico deve gestire questa relazione, filtrando le informazioni (spesso cercate sul web) e trasformandole in un percorso di cura condiviso
Il sistema istituzionale (le risorse)	Il medico si muove dentro le regole del Servizio Sanitario: budget, leggi, Protocolli e Linee Guida. Deve far quadrare il benessere del singolo con le risorse disponibili per tutti

Conclusioni

Se la medicina vecchia scuola era un “duello” tra medico e malattia, la medicina-ecosistema è una sinfonia di gruppo all'interno della quale il medico, da bravo direttore d'orchestra coordina informazioni, persone e tecnologie per mantenere l'equilibrio della salute.

È inevitabile che una visione così “poliedrica” del medico necessiti di una profonda revisione e ridefinizione su cosa vuol dire esercitare il proprio ruolo.

Ripensare e ridefinire pertanto la dimensione dell'atto medico in un ecosistema di tale complessità, appare indispensabile per passare dall'esercizio di un "potere scientifico e dogmatico" su una persona o un organo malato alla comprensione di un atto di connessione globale tra uomo, tecnologia, società e pianeta.

Riferimenti bibliografici

- Di Domenico K., Milani M., Nicolai M. et al. (2026), *Biodiversità e salute umana: l'approccio dell'ISS alla luce della legge sul "Ripristino della Natura"*, in Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro – L'epidemiologia per la sanità pubblica, <https://www.epicentro.iss.it/ambiente/biodiversita-salute-umana>.
- ONU (2015), Organizzazione delle Nazioni Unite, *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, <https://sdgs.un.org/2030agenda>.
- WHO (1946), World Health Organization, *Constitution of the World Health Organization*, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.
- WHO (1986), World Health Organization. Regional Office for Europe, *Ottawa Charter for Health Promotion*, <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>.
- WHO (2016), Prüss-Üstün A., Wolf J. et al. (eds), *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*, <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/adecoe78-3ef0-4b12-95e6-7dd8a97db110/content>.
- WHO (2017), World Health Organization, *Inheriting a sustainable world? Atlas on children's health and the environment*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511773>.

L'atto medico nel Sistema di Emergenza Sanitaria

Integrazione, responsabilità e “governance”

di Adolfo Pagnanelli

Abstract: L'articolo analizza l'atto medico nel Sistema di Emergenza Sanitaria (SES). La funzione del medico di emergenza è quella di garante della coerenza diagnostico-terapeutica, responsabile della gestione delle eccezioni e della guida di team multidisciplinari, anche quando opzioni diverse possono discostarsi dai protocolli. Viene delineata la dualità tra fase extra-ospedaliera e ospedaliera, con particolare attenzione alle nuove competenze legate alla transizione di Pronto Soccorso e DEA da strutture di stabilizzazione a centri di stazionamento e cura. Il contributo evidenzia carenze organizzative come variabili chiave nel risultato clinico e propone strumenti di *governance*, formazione continua e innovazione digitale per migliorare efficacia, appropriatezza ed equità nell'intero percorso del soccorso.

Introduzione

Il Sistema di Emergenza Sanitaria (SES) è una rete organizzativa transmurale integrata che collega territorio, soccorso extra-ospedaliero (Centrale Operativa, Mezzi di Soccorso, posti di Primo Soccorso) e ospedale. È un modello clinico-assistenziale complesso finalizzato alla gestione delle urgenze di varia gravità, dalle

patologie tempo-dipendenti fino a quelle minori, che esprimono comunque sempre un bisogno del cittadino (Italia 1992).

L'atto medico in situazione di emergenza va oltre l'intervento clinico, e richiede *governance*, *leadership* e coordinamento di un sistema ad alto stress decisionale, dove la tempestività e l'appropriatezza del percorso di cura sono fondamentali. Negli ultimi trenta anni la figura del medico di emergenza ha vissuto una vera evoluzione storica legata al mutato contesto assistenziale e sociale, passando dall'assenza di percorsi formativi strutturati all'odierna specializzazione integrata.

1. Funzione, ruolo e responsabilità del medico nel SES

Il medico di emergenza nel nostro paese ha una storia non particolarmente lunga e in costante cambiamento. Almeno fino agli inizi degli anni Novanta la gestione del Pronto Soccorso rappresentava una parte limitata dell'attività dei medici dei reparti ospedalieri, in assenza di percorsi formativi specifici. Successivamente, in tempi diversi e con una realtà a macchia di leopardo, si sono create équipe dedicate con medici che all'inizio provenivano prevalentemente da percorsi di ambito chirurgico, e che progressivamente si sono diversificati fino ad arrivare nel 2006 all'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina e Chirurgia d'Urgenza (Italia 2006), allo scopo di offrire una formazione specifica tra competenze Internistiche, Chirurgiche e Intensivistiche.

Le caratteristiche del lavoro del medico del SES sono legate a specifiche competenze relative alla gestione delle prime ore dall'accesso, al *decision making* sotto stress, alla *leadership* e al coordinamento del team multiprofessionale, alla gestione della dimissione, senza tralasciare le motivazioni personali, tali da accettare ritmi di

vita complicati e difficilmente allineabili a quelli di un/una compagno/a che fa un lavoro diverso, anche non impiegatizio, ma che di norma rispetta il riposo notturno e quello del fine settimana.

Il medico del SES è il garante della coerenza dell'intero iter diagnostico-terapeutico, valida protocolli e gestisce eccezioni non previste dalle procedure standard in situazioni dove spesso il rischio clinico è massimo.

Altro aspetto specifico sono compiti e responsabilità organizzative che, se in altre situazioni sono quasi sempre in carico ai livelli dirigenziali, nel SES iniziano “dal primo giorno di lavoro”. In emergenza, il medico non agisce solo come clinico, ma come regista di un sistema, spesso tempo-dipendente, come *leader* di un team multiprofessionale: sebbene il soccorso sia un lavoro di squadra che coinvolge più figure professionali, la responsabilità della validazione diagnostica e delle scelte terapeutiche salvavita rimane in capo al medico che prende in carico il paziente. Pertanto se anche l'esecuzione di specifiche azioni può prevedere la supervisione di protocolli eseguiti da altre figure professionali, la titolarità dell'indirizzo clinico non è delegabile.

In questa prospettiva hanno fatto da apripista gli *Atti Medico Delegati dell'emergenza preospedaliera* emanati dalla Federazione Cantonale Ticinese Servizi Ambulanze negli anni Novanta e aggiornati più volte, passando dai mitici “cartonati”, capaci di resistere all'uso in situazioni di disagio ambientale, fino all'attuale versione elettronica del 2023 (FCTSA 2023).

2. Il SES in ospedale tra gestione clinica e tutele sociali

Se il SES nasce per la miglior gestione del paziente in stato di instabilità, con una storia che affonda le radici negli scenari di

guerra, quindi a impronta chirurgica, successivamente il campo si è progressivamente allargato con una brusca accelerazione negli ultimi venti anni, durante i quali i Pronto Soccorso e i DEA si sono trasformati da luoghi di stabilizzazione e destinazione in centri di stazionamento e cura (OBI 2019). Questa mutazione ha comportato un necessario aggiornamento delle competenze professionali del medico, che hanno portato a prevalere in questo settore di figure di formazione internistica (Italia 2019).

Le criticità complessive del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), dalla crisi di identità della Medicina di Base al problema della progressiva riduzione della capacità di risposta alla domanda sanitaria esponenziale, con relativo aumento della spesa privata, fa sì che oggi sul SES e in particolare su Pronto Soccorso e DEA si riversi una domanda sempre più ampia con aree di inappropriatazza crescenti, in cui l'aspetto sanitario non sempre è prevalente rispetto alle problematiche sociali.

In seguito a questi nuovi scenari, anche il medico del SES, teoricamente formato ad affrontare criticità cliniche, ha dovuto acquisire nuove competenze, in quanto deve essere capace di gestire la fase che segue la stabilizzazione del paziente, dalla permanenza nell'ambito del Pronto Soccorso in attesa di un posto letto, alla dimissione spesso complicata da fattori sociali, come l'esistenza e la solidità del nucleo familiare o il livello socioeconomico del paziente stesso. Si pensi solo a come l'evoluzione del nucleo familiare, con oltre il 36,2% di famiglie monocomponente, possa condizionare la dimissibilità di pazienti guariti ma non ancora pienamente autonomi (ISTAT 2025).

3. Il SES nella fase extra-ospedaliera: la Centrale Operativa (CO)

Nella fase extra-ospedaliera, dove prevalgono i mezzi non medicalizzati, l'obiettivo del medico è far sì che il luogo (la strada o l'ambulanza) non riduca troppo lo standard clinico dell'intervento sanitario. Questo deve avvenire sia quando il medico è presente (percentuale modesta nel Lazio, ad esempio), sia quando il suo ruolo riguarda la formazione del personale, sia quando spetta a lui la definizione e la supervisione dei Protocolli Diagnostico-Terapeutici.

La CO rappresenta il “cervello” del sistema. Qui l'atto medico si dematerializza ma conserva la sua natura di funzione di garanzia. Il medico in CO non compie solo una funzione amministrativa, ma esercita una sorveglianza clinica e una supervisione diretta sulle attività delegate agli operatori di Centrale e ai team che intervengono sul territorio. Un aspetto particolare ed esemplificativo della peculiarità della responsabilità medica è rappresentato dai casi in cui questi è chiamato a gestire, anche da remoto, eccezioni cliniche che non rientrano negli algoritmi standardizzati.

Quindi se il SES, in particolare nella fase territoriale, è per definizione multidisciplinare e multiprofessionale, coinvolgendo medici, infermieri e soccorritori, il giudizio del medico rimane fondamentale per fornire quella visione sistemica necessaria per bilanciare il rischio clinico in situazioni di estrema incertezza, fungendo da garante della sicurezza in un ambiente ad alto stress decisionale. Se infatti le altre professioni sanitarie operano in autonomia nell'ambito dei propri profili professionali sulla base di percorsi predefiniti, il medico assicura la coerenza e l'appropriatezza dell'intero iter, a lui spetta comunque la *leadership* clinica e la funzione di garanzia, e pur essendo tenuto a rispettare le Linee Guida e le Buone Pratiche Clinico-Assistenziali (Legge Gel-

li-Bianco; Italia 2017) mantiene l'autonomia e la responsabilità di valutare la necessità di discostarsi dai protocolli se le condizioni del paziente lo richiedono per la salvaguardia della vita.

4. SES formazione continua e innovazione digitale

Le carenze strutturali nel SES espongono a rischi seri gli operatori divenendo parte non secondaria di quel circolo vizioso che possiamo sintetizzare così:

pochi medici >> maggiori carichi di lavoro e maggiori rischi medico
legali >> meno medici disponibili a lavorare nel SES.

La sostanziale non sostenibilità del SES, e forse dell'intero SSN, per come è oggi organizzato a causa della carenza strutturale di figure professionali idonee, non contingente e non sanabile nel medio periodo, può essere l'occasione per accettare proprio in questo ambito la sfida che le più recenti innovazioni tecnologiche pongono alla professione medica.

Né a breve né a medio termine è possibile pensare di avere più medici di emergenza, quindi l'obiettivo percorribile è quello di recuperare tempo di assistenza!

In questo senso, anche in considerazione della naturale tendenza alla curiosità e all'innovazione di chi opera in emergenza ed è costantemente alle prese con situazioni nuove e sfidanti, si tratta di chiederci come e dove in particolare l'IA possa divenire strumento per affrontare le difficoltà create dalla carenza di organici che oggi si rischia di risolvere abbassando i livelli di competenza richiesti a quanti lavorano nel SES.

Si tratta di:

- liberare tempo clinico ed assistenziale sottraendo medici ed infermieri dalla burocrazia, dall'eccesso di controlli e dalla ridondanza di documentazioni prodotte;
- utilizzare il supporto tecnologico al percorso clinico già oggi disponibile senza sottrarlo al ruolo di verifica e validazione del medico;
- semplificare le fasi di refertazione e produzione di certificati e ricette;
- potenziare le capacità di individuazione dei bisogni, predizione della domanda e pianificazione delle risposte.

Conclusioni

Il medico di emergenza nel SES occupa una posizione centrale che unisce competenze cliniche avanzate e responsabilità di *governance* multidisciplinare e multiprofessionale. La sua *leadership* e la capacità di garantire coerenza tra i percorsi diagnostico-terapeutici, insieme alla possibilità di derogare dai protocolli quando necessario, sono elementi essenziali per la sicurezza del paziente e l'efficacia dell'intero sistema di soccorso. Le sfide attuali riguardano l'equilibrio tra sviluppo delle competenze cliniche e la gestione di una domanda crescente con risorse variabili, mantenendo l'integrità e la tempestività delle cure, e ampliando l'attenzione alle dimensioni sociale ed etica. La scelta di dare maggiore spazio alla tecnologia e il ricorso alle nuove, ma non prive di rischi, possibilità derivanti dall'uso dell'IA per porre rimedio in modo accettabile alle carenze di organico, costituiscono parte non secondaria di questa sfida.

Riferimenti bibliografici

- FCTSA (2023), Federazione Cantonale Ticinese Servizi Ambulanze, *Atti Medico Delegati dell'emergenza preospedaliera*, <https://www.fctsa.ch/media/cr2gdxai/amd-2023-ver-2.pdf>.
- ISTAT (2025), Istituto Nazionale di Statistica, *Rapporto annuale 2025. La situazione del paese*, <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/05/Rapporto-Annuale-2025-integrale.pdf>.
- Italia (1992), *Decreto Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*, in «Gazzetta Ufficiale», Serie Generale n. 76 del 31 marzo 1992.
- Italia (2006), *Decreto Ministeriale 17 febbraio 2006. Istituzione della Scuola di Specializzazione di "Medicina d'Emergenza-urgenza"*, in «Gazzetta Ufficiale», n. 118 del 23 maggio 2006.
- Italia (2017), *Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*, in «Gazzetta Ufficiale», n. 64 del 17 marzo 2017.
- Italia (2019), *Conferenza Stato-Regioni dell'1 agosto 2019. Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero*, <https://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2019/seduta-del-01082019/atti/repertorio-atto-n-143csr/>.
- OBI (2019), Ministero della Salute, *Linee d'indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva – OBI*, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3142_allegato.pdf.

Atto medico e ricerca, formazione,
organizzazione
terza parte

La razionalità pratica della medicina

Fondamenti epistemici dell'atto medico

di Silvia Iorio e Valentina Gazzaniga

Abstract: A partire dalla necessità di una ridefinizione teorica della pratica medica l'articolo sviluppa un dialogo tra storia del metodo clinico, paradigma indiziario e dibattito contemporaneo sull'*Evidence-Based Medicine*. In questa prospettiva, la razionalità medica non può essere ridotta a mera applicazione procedurale di evidenze codificate, ma deve essere compresa come forma di razionalità pratica storicamente situata. L'inclusione della dimensione fenomenologica, della storicità delle categorie mediche e dell'influenza dei determinanti sociali della salute consente di interpretare la medicina come pratica insieme epistemica, etica e relazionale, nella quale conoscenza e responsabilità risultano inseparabili. L'incertezza non appare quindi come limite contingente o difetto del sapere, ma come elemento strutturale della razionalità medico-scientifica e della decisione clinica.

Introduzione

L'atto medico non è definito soltanto da chi lo compie o da chi ne è destinatario, ma in modo decisivo dalle conoscenze che lo rendono possibile e legittimo. Tali conoscenze non costituiscono

un semplice repertorio tecnico, ma incorporano modelli epistemologici, criteri di validazione, gerarchie di evidenza e presupposti impliciti sul rapporto tra sapere scientifico, giudizio clinico, singolarità individuale e specificità dell'architettura della cura. Chiarire quali conoscenze fondino l'atto medico significa dunque interrogare il suo statuto epistemico e, con esso, la sua dimensione storica ed etica. Negli ultimi decenni, la medicina basata sulle prove (*Evidence-Based Medicine*, *EBM*) ha rappresentato il paradigma dominante nella definizione del sapere medico legittimo. L'*EBM* ha contribuito in modo significativo a ridurre l'arbitrarietà decisionale, a rafforzare la trasparenza metodologica richiesta dal metodo sperimentale e a rendere l'atto medico maggiormente controllabile e giustificabile sul piano scientifico e organizzativo. In questo senso, essa ha svolto una funzione essenziale nel collocare l'agire medico entro uno spazio pubblico di responsabilità e riconoscibilità. Tuttavia, l'assunzione dell'*EBM* come fondamento esclusivo o privilegiato dell'atto medico solleva questioni epistemologiche ed etiche rilevanti.

1. Oltre la gerarchizzazione: pluralismo conoscitivo nella medicina contemporanea

La gerarchizzazione delle evidenze tende a privilegiare conoscenze prodotte in contesti sperimentali altamente selezionati, che non sempre restituiscono la complessità delle situazioni cliniche concrete. Inoltre, una concezione riduttiva del sapere medico come mera applicazione di protocolli rischia di oscurare dimensioni essenziali della pratica, quali il giudizio clinico, l'esperienza professionale, la comprensione narrativa del vissuto di malattia e l'interpretazione dei contesti socioculturali, economici e am-

bientali in cui è situato il paziente. La medicina sperimentale, pur essendo una componente imprescindibile del paradigma medico, non esaurisce dunque il campo delle conoscenze rilevanti per l'atto medico in sé. Come mostrato dalla riflessione storica ed epistemologica, il sapere clinico è strutturalmente congetturale, provvisorio, storicamente e socio-politicamente situato. Il metodo medico, analogamente a quello storico, non consiste nell'applicazione meccanica di certezze, ma in un processo di osservazione, interpretazione e selezione dei dati che attribuisce significato a segni, sintomi, narrazioni e contesti, in vista di decisioni sempre parzialmente indeterminate che sono da un lato rigorosamente fondate su evidenze e metodo sperimentale, dall'altro simultaneamente consapevoli del grado di potenziale indeterminazione che portano con sé.

Il medico non applica l'evidenza come un algoritmo, ma la interpreta alla luce delle condizioni individuali, delle specificità biologiche, dei valori del paziente, delle risorse disponibili, mutevolezza e limiti intrinseci del sapere scientifico. È proprio in questo spazio di straordinaria ricchezza metodologica, che accoglie però al suo interno un certo livello di incertezza epistemologica, che si manifesta la dimensione etica dell'atto medico, intesa come assunzione di responsabilità.

La riflessione storico-filosofica internazionale ha mostrato come la medicina condivida con altri saperi interpretativi un metodo fondato sull'integrazione tra dati osservabili e attribuzione di significato. Segni e sintomi, come le fonti storiche, non "parlano" da soli, ma richiedono domande, ipotesi e modelli interpretativi sempre situati in contesti socioculturali, economici e politici. L'illusione di un'oggettività assoluta, svincolata dal giudizio del medico, rischia pertanto di occultare la componente intenzionale e valutativa che concorre in modo decisivo alla costruzione del

significato clinico (Csordas 1994). Alla luce di queste considerazioni, l'atto medico può essere fondato eticamente solo su una concezione pluralista della conoscenza, che riconosca la complementarità tra evidenza scientifica, esperienza clinica, competenza empirica e comprensione storico-culturale e socioeconomica della medicina. Tale pluralismo non indebolisce il rigore scientifico dell'atto medico, ma ne rende esplicita la complessità epistemica. In questa prospettiva, il sapere medico appare non come un insieme statico di certezze, ma come un campo dinamico, fallibile e continuamente rinegoziato, in cui l'atto medico si configura come esercizio di giudizio responsabile più che come esecuzione tecnica.

2. Anatomia della definizione di atto medico

In assenza di una definizione condivisa dell'atto medico a livello internazionale, la formulazione proposta dalla Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) non nasce nel vuoto, ma si fonda su un insieme di presupposti teorici e storico-culturali profondamente radicati nella tradizione medica euro-occidentale. Comprendere tali presupposti è essenziale per chiarire il significato della definizione stessa e per valutarne limiti e potenzialità nel contesto della medicina contemporanea.

In primo luogo, la definizione UEMS si colloca esplicitamente all'interno di un orizzonte professionale europeo, più che globale. A differenza di organismi internazionali come la World Medical Association, che assumono una prospettiva etica universalistica, e la World Health Organization (WHO), la UEMS nasce come organismo di rappresentanza dei medici specialisti europei e risponde primariamente all'esigenza di tutelare e delimitare il

campo della professione medica. L'atto medico viene così pensato come espressione qualificata di una professione regolata, dotata di autonomia, competenze specifiche e responsabilità proprie. Questo orientamento spiega perché la definizione si concentri sull'identità professionale del medico e sulla titolarità dell'atto, piuttosto che su una riflessione teorica generale sull'agire medico.

In secondo luogo, la definizione UEMS riflette il modello continentale europeo di professione, in cui l'atto professionale è strettamente connesso alla responsabilità giuridica e deontologica del singolo. L'atto medico non è concepito come un gesto generico di cura, ma come un atto qualificato che produce effetti giuridici, implica una competenza certificata e non è delegabile nella sua responsabilità ultima. L'atto medico diventa così il luogo normativo in cui si concentra la responsabilità professionale del medico.

Un terzo presupposto, meno esplicito ma non meno rilevante, riguarda la concezione del sapere medico. La definizione UEMS assume implicitamente l'esistenza di un sapere scientificamente fondato, relativamente stabile e applicabile attraverso atti professionali. Tale sapere è dato per acquisito e non viene tematizzato nei suoi aspetti storici né vengono considerati o problematizzati i confini della sua possibile incertezza e il concetto stesso di rischio clinico che ne consegue. L'incertezza epistemologica, il ruolo interpretativo del giudizio clinico e la storicità delle conoscenze mediche restano sullo sfondo, come elementi impliciti ma non concettualizzati. Questa impostazione non rappresenta un limite accidentale, ma riflette un modello di medicina scientifica che tende a presentarsi come sapere consolidato, più che come pratica conoscitiva in continuo divenire.

In questo quadro, anche la dimensione etica assume una collocazione specifica. Nella definizione UEMS, infatti, il riferimento

ai valori etici e deontologici funge da cornice normativa piuttosto che da fondamento teorico dell'atto medico. L'etica non è ciò da cui l'atto medico origina, ma l'ambito entro cui esso deve essere esercitato. Questa impostazione si differenzia nettamente da quella adottata dalla World Medical Association, nei cui documenti l'agire medico è concepito primariamente come atto morale e solo secondariamente come atto professionale regolato. In UEMS, invece, l'atto professionale precede concettualmente l'esplicitazione del suo significato etico.

Un ulteriore elemento rilevante è rappresentato dall'assenza, nella definizione UEMS, di riferimenti espliciti alla prospettiva della WHO. Tale assenza non può essere interpretata come una lacuna o una dimenticanza, ma va piuttosto letta come una scelta teorica consapevole. L'Organizzazione internazionale opera, infatti, su un piano macro, occupandosi di popolazioni, sistemi sanitari, interventi di salute pubblica e organizzazione dei servizi, mentre la UEMS mantiene deliberatamente il focus sul livello micro dell'agire professionale. In questa prospettiva, l'atto medico non è considerato come un semplice nodo di un processo organizzativo o sistemico, ma come il luogo della decisione clinica individuale e della responsabilità professionale.

Nel loro insieme, questi presupposti mostrano come la definizione UEMS dell'atto medico sia il prodotto coerente di una tradizione professionale europea, solida sul piano istituzionale ma ancora parzialmente implicita su quello epistemologico ed etico. Proprio questa implicitezza rende oggi necessario un lavoro di chiarificazione concettuale e di integrazione teorica, capace di rendere espliciti i fondamenti di conoscenza, giudizio e responsabilità che strutturano l'atto medico nella medicina contemporanea.

3. Breve genealogia del sapere medico come conoscenza incorporata, interpretativa e razionale

Nell'esperienza clinica concreta, il sapere medico non si presenta come un insieme astratto di informazioni da applicare, ma come una conoscenza che prende forma a partire da innumerevoli variabili che si collocano all'interno di un processo sincretico che incrocia i modelli esplicativi del modello biomedico con quelli del paziente (Kleinman 1988). Il medico non incontra mai un dato puro, bensì un individuo che vive un'esperienza di malattia inscritta in un corpo, in un contesto di relazioni e in un ambiente. Fenomenologicamente, l'azione medica si configura dunque come un atto in cui l'osservazione clinica, l'ascolto della narrazione, la valutazione dei segni e dei sintomi e la comprensione del vissuto e del contesto concorrono a costruire ciò che, in quella situazione e da quel professionista, viene riconosciuto come rilevante dal punto di vista diagnostico e terapeutico.

In questo senso, la conoscenza che fonda l'atto medico è intrinsecamente interpretativa. Segni, sintomi ed evidenze non «parlano» da soli – «infatti di per sé sono muti se non è l'umana ragione che li interroga» diceva Augusto Murri – ma acquistano significato solo all'interno di un processo di selezione, gerarchizzazione e attribuzione di senso guidato dal giudizio clinico. Il sapere medico non consiste quindi nella semplice applicazione di regole, ma in una pratica di discernimento che integra dati oggettivabili e dimensioni non riducibili alla misurazione, come il vissuto del paziente e i vincoli posti dal contesto socioculturale ed economico in cui è inserito, nonché dal contesto istituzionale di cura e dalla soggettività del professionista. È in questo spazio interpretativo che il sapere diventa operativo e che l'atto medico prende forma come decisione situata. La competenza clinica, dunque,

non è solo capacità tecnica, ma fondamento di una responsabilità che si esercita nel momento in cui il medico interpreta, sceglie e agisce in considerazione di innumerevoli variabili e quindi in condizioni di incertezza. Questa struttura interpretativa del sapere medico non rappresenta una deviazione dal determinismo e dalla sua razionalità scientifica, ma si iscrive in un paradigma epistemologico ben riconoscibile (Pellegrino 1981). Come mostrato da Carlo Ginzburg, esiste una tradizione conoscitiva fondata sulla decifrazione di indizi, tracce e segni minimi e talvolta anche sulla loro assenza, che attraversa storicamente discipline come la medicina, la storiografia e il diritto. In questo paradigma indiziarario, l'oggetto della conoscenza non è direttamente accessibile, ma viene ricostruito attraverso elementi parziali e apparentemente marginali, che acquistano significato solo all'interno di una pratica interpretativa situata (Ginzburg 1986). La medicina, in quanto sapere semeiologico, condivide strutturalmente questa modalità conoscitiva: il corpo vivente e la malattia non sono mai osservabili da una prospettiva totalmente neutra, ma vengono conosciuti attraverso sintomi, racconti e segni che richiedono giudizio, esperienza e capacità di inferenza congetturale.

Il ragionamento clinico, del resto espressione suprema, quando correttamente esercitato, del metodo sperimentale, condivide con altri saperi interpretativi una natura congetturale e provvisoria: procede per ipotesi, aggiustamenti successivi e revisioni ed è sempre collocato entro un determinato orizzonte scientifico, storico, socioculturale e organizzativo. L'atto medico non si fonda dunque su certezze assolute, ma su una pratica del dubbio regolato, che riconosce la fallibilità delle conoscenze e la necessità di rinegoziarle alla luce dell'esperienza. In questa prospettiva, il sapere medico appare come una conoscenza che si costituisce nell'atto stesso di cura, attraverso l'integrazione di evidenze scientifiche,

esperienza clinica, interpretazione del vissuto e consapevolezza dei contesti. L'atto medico si configura così come un atto che produce conoscenza mentre assume responsabilità e che, proprio per questo, non può essere ridotto a una mera procedura tecnica né a una applicazione di protocolli. È in questa unità tra conoscenza, relazione e decisione che si manifesta il significato più profondo dell'azione medica nella medicina contemporanea.

Infatti, sin dalle sue origini nel paradigma medico euro-occidentale, il metodo clinico nasce come una forma di conoscenza fondata sull'osservazione diretta del malato e sulla costruzione di nessi di significato tra segni, sintomi, decorso temporale ed esiti. Nella medicina ippocratica, per esempio, la clinica si configura fin dall'origine come una pratica empirica regolata: il medico apprende attraverso ciò che ha visto e registrato nel tempo, riconosce regolarità nei fenomeni clinici e, sulla base di essi, sviluppa una capacità di previsione. La prognosi diventa così uno degli elementi distintivi del sapere medico, inteso come capacità di connettere passato, presente e futuro in una storia di malattia. In questo quadro, l'*empiria* non indica una raccolta casuale di esperienze, ma una forma di conoscenza costruita nel tempo, individuale e collettiva, che consente di ridurre l'arbitrarietà dell'agire medico e di orientare la decisione clinica.

Il sapere clinico si fonda infatti sul riconoscimento dei segni (*semeia*) e sulla loro interpretazione in relazione non solo alla loro presenza, ma anche alla loro evoluzione temporale, alla loro combinazione e al contesto in cui compaiono. La clinica si configura così come una pratica di lettura del tempo e di costruzione di una narrazione significativa della malattia. Fin dall'antichità, tuttavia, la medicina non viene pensata come pura empiria, ma come *techne*, ossia come sapere capace di rendere conto delle proprie azioni. In questo senso, l'esperienza non è sufficiente se non

è integrata da una conoscenza teorica della natura del corpo, dei rimedi e delle loro relazioni.

Con lo sviluppo del metodo sperimentale, il ragionamento clinico viene progressivamente accostato al ragionamento scientifico ipotetico-deduttivo. Tuttavia, anche nei modelli più sperimentalisti, la clinica non si riduce mai completamente all'applicazione di protocolli o di leggi generali: la formulazione di ipotesi diagnostiche, la selezione dei dati rilevanti, la valutazione dei segni e la riformulazione delle ipotesi alla luce dell'evoluzione del caso mostrano come il metodo clinico mantenga una struttura congetturale e mutevole, esposta alla revisione. Nel metodo sperimentale, infatti, lo sperimentatore «fa atto di umiltà negando l'autorità personale perché egli dubita anche delle proprie idee e sottomette l'autorità degli uomini a quella dell'esperimento» (Federspil, Giaretta, Moriggi 2008, p. 230).

Una storia accurata del metodo clinico, che non è il caso di riportare qui integralmente, mette in evidenza una continuità di lunga durata in cui l'atto clinico non consiste nel riconoscimento meccanico di *pattern* né nella mera applicazione di conoscenze generali, ma in un processo di attribuzione di significato a segni e sintomi all'interno di una situazione concreta. È in questo senso che appare come una forma di razionalità complessa, che combina teoria, empiria, interpretazione e responsabilità e che trova nell'atto medico il suo momento di sintesi.

Come mostrato dalla riflessione fenomenologica e storico-antropologica sulla medicina, l'osservazione clinica non è mai neutra: è sempre mediata da cornici teoriche, modelli interpretativi e pratiche consolidate e mutevoli (Kleinman 1988). Il medico, nel suo agire, opera costantemente una selezione tra ciò che appare significativo e ciò che viene escluso come marginale o irrilevante, in questo, continuando a omaggiare l'idea antica della diagnosi

come selezione tra ciò che è significativo nel contesto e ciò che non lo è; tra segni e sintomi, tra dato biologico e vissuto soggettivo, tra ciò che è misurabile e ciò che è narrabile. Questa selezione non è arbitraria, ma sempre scientificamente indirizzata.

4. La gestione della complessità come fondamento della pratica medica

La riflessione contemporanea sulla medicina basata sulle evidenze consente di rendere esplicita una tensione che attraversa l'intera storia della medicina: quella tra aspirazione all'oggettività e consapevolezza dell'incertezza. Quando William Osler definiva la medicina come «una scienza dell'incertezza e un'arte della probabilità» (Osler 1959, p. 125), non descriveva un limite contingente della pratica medica, ma ne coglieva una struttura permanente. Il consolidarsi di questo paradigma nei primi anni Novanta, con il programma di Gordon Guyatt alla McMaster University, non ha abolito la struttura definita da Osler; piuttosto, ha cercato di disciplinarla, introducendo strumenti per rendere più esplicito e trasparente il rapporto tra ricerca e decisione clinica. Essa nasce infatti come critica all'argomento di autorità: non vi è più un affidamento esclusivo al manuale, al senior locale o alla tradizione, bensì un ricorso sistematico alla letteratura scientifica, alla valutazione critica degli studi e all'applicazione dei risultati al caso clinico. In pochi decenni, questa impostazione è diventata parte integrante della formazione e dell'accreditamento medico, trasformando radicalmente l'accesso e l'uso delle evidenze. Tuttavia, già nelle sue definizioni più mature, l'*EBM* è stata intesa come integrazione tra le migliori evidenze di ricerca, l'esperienza clinica e il vissuto del pa-

ziente, riconoscendo implicitamente che l'evidenza, da sola, non decide. Proprio qui emerge il nodo filosofico dell'incertezza che del resto già le fonti di evo moderno avevano evidenziato: basti pensare a Lionardo di Capua (1681, p. 13) e alla sua definizione di medicina come cammino «per torti e involuppati sentieri». La proliferazione delle prove non elimina la necessità dell'interpretazione: gli studi possono essere metodologicamente solidi ma clinicamente poco generalizzabili; possono essere soggetti a *bias* sistematici; possono essere successivamente smentiti o “invertiti”, come mostrano le riflessioni sulle *medical reversals*. L'idea che l'accumulo di dati conduca automaticamente alla certezza ignora ciò che Dammann definisce la duplice struttura dell'incertezza: da un lato l'incertezza aleatoria, propria della variabilità intrinseca dei processi biologici; dall'altro l'incertezza epistemica, legata ai limiti cognitivi e metodologici con cui tali processi vengono conosciuti e formalizzati. La *wobbliness* del reale non è un errore, ma l'espressione della natura probabilistica dei fenomeni biologici. I dati non eliminano questa variabilità; la organizzano. Ed è attraverso strumenti quali inferenza, spiegazione e valutazione causale che la medicina tenta di trasformare dati in conoscenza affidabile. Tuttavia, nessuno “strumento incontrovertibile delle cause” può sostituire la decisione clinica: stabilire quando un'associazione sia “sufficientemente causale” resta una responsabilità del decisore (Dammann 2025). Quando l'evidenza viene assunta come criterio esclusivo, rischia di irrigidire la pratica clinica, trasformando l'atto medico in applicazione procedurale di raccomandazioni codificate. Quando invece è integrata con la competenza clinica, con la deliberazione condivisa e con l'attenzione al contesto e ai determinanti sociali e individuali, essa diventa un arricchimento, capace di rendere più riflessivo e giustificabile l'agire medico.

L'incertezza, in questa prospettiva, non è un difetto da correggere ma una condizione strutturale del sapere clinico. Essa deriva dalla complessità biologica, dalla variabilità individuale, dai limiti metodologici della ricerca, dalla storicità delle categorie diagnostiche, dall'influenza di fattori socioeconomici, culturali e ambientali; negarla produce un'immagine illusoria di controllo totale; riconoscerla, invece, apre lo spazio della responsabilità (Cassirer 1944). L'atto medico non consiste nell'eliminare l'incertezza, ma nel gestirla in modo argomentato e trasparente, integrando evidenze probabilistiche, giudizio interpretativo e contesto singolare. Se l'incertezza viene negata o rimossa, la medicina tende a presentarsi come dominio di oggettività piena, alimentando aspettative irrealistiche e generando frustrazione di fronte ai limiti inevitabili del sapere. Se invece viene riconosciuta come dimensione costitutiva dell'atto medico, cessa di essere percepita come una minaccia e diventa una condizione di responsabilità. L'atto medico, in questa prospettiva, non consiste nell'eliminare l'incertezza, ma nel gestirla in modo riflessivo, integrando evidenza scientifica, giudizio clinico e comprensione del contesto in cui si situa il paziente, così come l'organizzazione del sistema curativo (Rysavy 2013). L'incertezza, lungi dall'essere un difetto da eliminare, costituisce così lo spazio in cui si esercita la responsabilità etica del medico e in cui l'atto medico rivela la propria natura di pratica epistemica e morale insieme. Includere esplicitamente questa dimensione nella definizione di atto medico porta a riconoscere che la razionalità clinica è una razionalità pratica che può operare in condizioni di conoscenza incompleta. L'incertezza non si ritorce contro la clinica quando viene tematizzata; si ritorce contro di essa solo quando viene negata o ridotta a mera insufficienza tecnica (Ioannidis 2005).

Conclusioni

L'atto medico si delinea come atto epistemico, in quanto implica la selezione e l'interpretazione di segni, dati e narrazioni alla luce delle migliori evidenze disponibili in un dato momento, riconoscendone al contempo la provvisorietà e i limiti; come atto fenomenologico, poiché prende forma nell'incontro concreto con il vissuto del paziente, integrando la dimensione biologica con quella esperienziale e relazionale; come atto storico, in quanto si iscrive in tradizioni conoscitive, modelli teorici e categorie diagnostiche che si sono trasformate nel tempo e che continuano a evolvere; come atto situato politicamente e socio-economicamente, poiché si esercita entro sistemi sanitari, regimi normativi, vincoli organizzativi e dinamiche di potere che influenzano l'accesso alle cure, la produzione delle evidenze e la distribuzione delle risorse; come atto culturalmente mediato, dato che le nozioni di salute, malattia, normalità e rischio sono costruite e negoziate all'interno di specifici contesti simbolici; come atto relazionale, fondato su una dinamica fiduciaria che riconosce il paziente come soggetto portatore di singolarità, preferenze e determinanti sociali e biografici che incidono sull'esperienza di malattia e sulle scelte terapeutiche; come atto eticamente responsabile, perché la gestione dell'incertezza implica scelte che incidono sulla vita dei pazienti. In sintesi, l'atto medico comprende l'insieme delle azioni professionali, cognitive e deliberative svolte dal medico, fondate su conoscenze scientifiche, competenze cliniche ed esperienza professionale, integrate dalla comprensione della singolarità della persona e dei contesti sociali in cui è inserita, nonché degli assetti organizzativi della cura. L'atto si configura come un processo di decisione responsabile, esercitabile anche in condizioni di incertezza epistemica, orientato alla promozione della salute, alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione di in-

dividui e comunità, nel rispetto dei valori etici, deontologici e dei diritti delle persone.

Riferimenti bibliografici

- Canguilhem G. (1988), *Le statut épistémologique de la médecine*, in «History and Philosophy of Life Sciences», 10, pp. 15-29.
- Cassirer E. (1944), *An Essay on Man: An Introduction to a Philosophy of Human Culture*, Yale University Press, New Haven, CT.
- Csordas T.J. (ed.) (1994), *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Dammann O. (2025), *Uncertainty in Medicine and Health Sciences: Concepts, Sources, and Implications*, Springer, Cham.
- Di Capua L. (1681), *Parere del signor Lionardo di Capoa divisato in otto ragionamenti*, Antonio Bulifon, Napoli.
- Federspil G., Giaretta P., Moriggi S. (2008), *Filosofia della Medicina*, Raffaello Cortina, Milano.
- Foucault M. (1963), *Naissance de la clinique*, PUF, Paris.
- Ginzburg C. (1986), *Radici di un paradigma indiziario*, in Id., *Miti, emblemi, spie*, Einaudi, Torino, pp. 158-193.
- Ioannidis J.P.A. (2005), *Why most published research findings are false*, in «PLoS Medicine», 2, 8, p. e124.
- Kleinman A. (1988), *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basic Books, New York.
- Osler W. (1950) *Sir William Osler: Aphorisms from his Bedside Teachings and Writings*, a cura di Bean R.B., Bean W.B., Henry Schuman, New York.
- Pellegrino E.D., Thomasma D.C. (1981), *A Philosophical Basis of Medical Practice*, Oxford University Press, Oxford.
- Rysavy M.A. (2013), *Evidence-based medicine: a science of uncertainty and an art of probability*, in «American Medical Association Journal of Ethics», 15, 1, pp. 4-8.

L'atto medico, la ricerca biomedica e la medicina sperimentale

di Andrea Isidori e Maria Grazia Tarsitano

Abstract: L'articolo esplora il legame tra atto medico, ricerca biomedica e medicina sperimentale nell'UE, evidenziando come la medicina faccia da ponte tra cura individuale e produzione di conoscenza. Analizza inoltre la definizione UEMS dell'atto medico, la responsabilità professionale e la delega operativa, il ruolo del consenso informato e la gestione del rischio negli studi clinici. Vengono discussi i dilemmi etici e giuridici (beneficio *vs* rischio, vulnerabilità, *off-label*, globalizzazione, dati/IA) e l'evoluzione delle Linee Guida internazionali (Norimberga, Helsinki, CIOMS, Oviedo) nel rendere legittima la ricerca biomedica.

Introduzione

L'atto medico, nella definizione della Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS), comprende non solo le prestazioni cliniche ma tutte le azioni professionali – comprese quelle scientifiche e formative – finalizzate a promuovere la salute, nel rispetto di principi etici e deontologici, svolte da un medico o sotto la sua diretta responsabilità. In questo quadro, la ricerca biomedica e la medicina sperimentale rappresentano oggi uno degli ambiti

più dinamici e problematici dell'atto medico, perché spostano il baricentro dall'interesse immediato del singolo paziente alla produzione di conoscenza generale, obbligando a ripensare responsabilità, forme del consenso, gestione del rischio e rapporto con Linee Guida e regolazioni internazionali.

1. Dall'atto clinico all'atto di ricerca

La definizione UEMS (2009) include tra le componenti dell'atto medico le attività scientifiche, accanto a quelle clinico-assistenziali e medico-tecniche, collocandole sotto la stessa responsabilità professionale del medico e nel medesimo orizzonte di tutela di pazienti, individui, gruppi e comunità. La finalità dichiarata è la promozione della salute e dell'autonomia, la prevenzione delle malattie e l'erogazione di interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi, a condizione che siano rispettati i valori etici e deontologici e che l'atto sia eseguito da un medico iscritto all'albo professionale o sotto la sua supervisione e/o prescrizione. Quindi, parte della sfera dell'atto medico sono anche quelle attività che, pur materialmente svolte da altri professionisti o operatori, dipendono da una decisione clinica del medico (diagnosi, indicazione, piano terapeutico) e da un controllo sul loro corretto svolgimento.

Sul piano pratico, la logica è quella della delega controllata: il medico mantiene la responsabilità della valutazione, della scelta dell'intervento, della prescrizione e della verifica dei risultati, mentre l'esecuzione di singole manovre può essere affidata ad altri professionisti nei limiti delle loro competenze e delle norme legali e deontologiche. Quando un atto discende da una decisione medica, esso rientra comunque nel perimetro di responsabilità

dell'atto medico, anche se non è il medico a compierlo materialmente.

La decisione diagnostico-terapeutica resta di competenza esclusiva del medico, mentre singole fasi esecutive possono essere affidate a infermieri e altri operatori, purché nei limiti delle loro competenze e sulla base di prescrizioni e protocolli formalizzati. In tali casi l'atto mantiene, sul piano etico-giuridico, la natura di "atto medico" in quanto espressione di una valutazione clinica e di un obbligo di garanzia in capo al medico, ferma restando l'autonoma responsabilità dell'operatore che materialmente lo esegue nell'osservanza delle regole di diligenza proprie del suo profilo. La sfida attuale è precisare questo perimetro in un sistema sempre più interprofessionale, evitando sia una indebita estensione dell'atto medico a ogni attività sanitaria sia, all'opposto, una frammentazione che renda opachi i centri di responsabilità verso il paziente.

Su questo sfondo, la ricerca biomedica e la medicina sperimentale si configurano come "atti medici" peculiari, in cui l'intervento sul corpo o sulla vita del soggetto non è finalizzato in via principale al beneficio individuale immediato, ma alla produzione di evidenze generalizzabili, con un bilanciamento diverso tra rischio individuale e beneficio sociale (Qiu 2022).

Le principali Linee Guida internazionali – Codice di Norimberga, Dichiarazione di Helsinki, Linee Guida Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), Protocollo addizionale alla Convenzione di Oviedo, Belmont Report – hanno progressivamente definito questo spazio, specificando condizioni di legittimità etica della sperimentazione su soggetti umani, a partire dal consenso informato, proporzionalità rischio/beneficio e priorità dei diritti della persona sulla ricerca (Bernabe, van Thiel 2016).

Nel contesto europeo, questi strumenti hanno progressivamente influenzato anche le cornici giuridiche, facendo della tutela del soggetto che partecipa alla ricerca una declinazione specifica dell'obbligo generale, proprio dell'atto medico, di agire nel miglior interesse della persona e di minimizzare il danno possibile. La conseguenza è che il medico-ricercatore non può più invocare una presunta neutralità scientifica della sperimentazione, ma deve assumere sulla propria responsabilità l'intero percorso progettuale e operativo dello studio, in continuità con il mandato professionale tradizionale (Mertz, Strech 2014).

2. Atto medico e medicina sperimentale: il nodo rischio/beneficio

Uno dei punti più discussi riguarda il bilancio tra rischi e benefici nelle sperimentazioni, specie in presenza di trattamenti innovativi o di interventi “compassionevoli” su pazienti con limitate alternative terapeutiche. La Dichiarazione di Helsinki richiede che ogni intervento sperimentale offra al soggetto, in base alle conoscenze disponibili, una ragionevole prospettiva di beneficio in rapporto ai rischi; ammette l'uso di interventi non ancora provati in condizioni cliniche particolari, ma a condizione che esistano una solida giustificazione scientifica, un consenso informato autentico, il ricorso a pareri indipendenti e la successiva formalizzazione in protocolli di ricerca per valutarne l'efficacia e la sicurezza.

Dal punto di vista dell'atto medico, la decisione se proporre o meno un intervento sperimentale non coincide con una valutazione meramente tecnica, ma costituisce un giudizio prudenziale che mette in relazione dati scientifici, condizioni cliniche e

preferenze del singolo paziente. In questa deliberazione il medico deve considerare anche i fattori di vulnerabilità individuale e le pressioni sociali o mediatiche che possono orientare l'adesione allo studio, verificando che il consenso sia realmente libero e informato. Il tutto avviene entro un quadro istituzionale che prevede Linee Guida, comitati etici e procedure di revisione indipendente, chiamati a garantire la proporzionalità rischio/beneficio e il rispetto dei diritti della persona che partecipa alla ricerca.

Nella medicina sperimentale il medico è costantemente sospeso tra il principio di beneficenza, che lo spinge a esplorare ogni opzione potenzialmente utile per il singolo paziente, e il principio di non maleficenza, che vieta di esporlo a rischi non proporzionati. Questa tensione si intreccia con un'ulteriore dialettica tra la prospettiva individuale, centrata sul bene "qui e ora" della persona assistita, e la prospettiva collettiva della produzione di nuove conoscenze a beneficio di altri pazienti. La deliberazione sull'arruolamento in uno studio non può quindi ridursi a un calcolo tecnico, ma richiede di bilanciare responsabilmente queste istanze etiche concorrenti alla luce delle circostanze concrete.

L'innovazione terapeutica al di fuori di protocolli formalmente approvati, anche quando nasce dal desiderio di aiutare il paziente, rischia di collocarsi in una "zona grigia" tra cura e ricerca, nella quale possono essere eluse garanzie procedurali – come la valutazione indipendente, la registrazione sistematica dei dati e la trasparenza dei risultati – che gli standard internazionali considerano indispensabili per la legittimità etica. Questo impone di ripensare l'atto medico sperimentale non solo rispetto al contenuto tecnico dell'intervento (che cosa si fa), ma anche rispetto al contesto normativo e relazionale in cui avviene (come, dove e sotto quale controllo si fa), includendo nella responsabilità del

medico l'integrazione consapevole delle istanze regolatorie e delle aspettative sociali.

3. Consenso informato e capacità decisionale

Il consenso informato rappresenta la principale interfaccia tra atto medico e libertà/autonomia del soggetto, ed è al centro della riflessione etica sulla ricerca biomedica. Nelle sperimentazioni, l'obbligo informativo deve coprire non solo la natura dell'intervento, ma il suo carattere sperimentale, l'incertezza su efficacia e sicurezza, le alternative terapeutiche disponibili e l'eventuale conflitto di interessi del medico-ricercatore, con una particolare attenzione a evitare *therapeutic misconception*, cioè l'errata percezione da parte del partecipante che lo studio sia orientato esclusivamente al suo beneficio personale.

Le riflessioni giuridiche e bioetiche insistono sul fatto che la capacità decisionale non è uno status "tutto o nulla" legato alla diagnosi, all'età o ad altre variabili, ma una competenza da valutare in relazione a quello specifico atto decisionale, qui e ora. Ne deriva un duplice dovere per il medico: utilizzare strumenti adeguati a valutare e, per quanto possibile, sostenere l'autonomia del soggetto, prima di concludere per una vera e propria incapacità. Solo quando questa manca, la decisione deve essere assunta secondo regole di sostituzione che privilegiano il miglior interesse della persona e rispettano, per quanto ricostruibile, volontà, convinzioni e valori da essa precedentemente espressi.

Nel contesto sperimentale, il coinvolgimento di minori, persone con disturbi cognitivi o soggetti in condizioni di emergenza amplifica le tensioni tra la necessità di sviluppare conoscenze per migliorare cura e prevenzione e il rischio di strumentalizzazione

(Johnston, Liddle 2007). I documenti internazionali richiedono in questi casi un'ulteriore soglia di giustificazione: il beneficio potenziale per la specifica popolazione vulnerabile, l'impossibilità di ottenere i dati con soggetti meno vulnerabili, l'adozione di procedure di consenso surrogato e assenso del soggetto quando possibile, e un controllo più stringente da parte dei comitati etici.

4. Linee guida internazionali e trasformazione dell'atto medico

I principali strumenti normativi internazionali hanno contribuito a trasformare il modo in cui l'atto medico è concettualizzato nella ricerca biomedica, spostando l'accento dal solo rapporto fiduciario medico-paziente a un sistema multilivello che include comitati etici, organismi di regolazione e standard procedurali. Il Codice di Norimberga ha introdotto la centralità del consenso volontario e della proporzionalità rischio/beneficio; la Dichiarazione di Helsinki, nelle sue successive revisioni, ha esteso tale quadro, collegandolo direttamente alla pratica clinica e imponendo requisiti di registrazione degli studi, trasparenza dei risultati e tutela dei gruppi vulnerabili; le Linee Guida CIOMS e il Protocollo addizionale alla Convenzione di Oviedo hanno ulteriormente precisato condizioni e limiti della sperimentazione in contesti nazionali e transnazionali (Borysowski, Ehni 2019).

Questo *corpus* normativo ridefinisce l'atto medico di ricerca come pratica regolata, che deve essere progettata e condotta in accordo con protocolli approvati, monitorata rispetto a sicurezza e rispetto dei diritti dei partecipanti, e valutata non solo per i risultati scientifici ma per la conformità ai principi etici. Ne deriva un ampliamento delle competenze richieste al medico: oltre alla

padronanza della medicina basata sulle evidenze e della metodologia sperimentale, occorrono conoscenze di etica della ricerca, normativa nazionale e internazionale, gestione dei dati, comunicazione del rischio e coinvolgimento dei pazienti nei processi decisionali.

L'inclusione nell'atto medico di attività scientifiche e formative implica anche una responsabilità nel trasmettere ai futuri medici una cultura della ricerca che non sia meramente tecnicistica, ma sensibile alle implicazioni etiche, sociali e giuridiche dell'innovazione biomedica. In questo senso, la formazione specialistica e la *continuing medical education* diventano luoghi cruciali per allineare la definizione operativa di atto medico alle trasformazioni portate da *trial* complessi, biobanche, studi genomici, *big data* e intelligenza artificiale applicata alla ricerca.

5. Aspetti problematici e linee di sviluppo

Un primo nodo problematico riguarda il confine sempre più poroso tra cura e ricerca, accentuato dalla diffusione di trattamenti innovativi e *off-label*, dal marketing diretto ai pazienti attraverso *media* e *social network* e dalla crescente pressione di gruppi di *advocacy* per l'accesso precoce a terapie sperimentali. Ciò rischia di confondere i ruoli del medico clinico e del medico-ricercatore, attenuando nella percezione dei soggetti le differenze tra un atto volto al loro diretto beneficio e un atto finalizzato principalmente alla produzione di conoscenza, con conseguenze sul consenso e sulla distribuzione del rischio.

Un secondo profilo critico riguarda la globalizzazione della ricerca biomedica, con *trial* condotti in paesi a risorse limitate o su popolazioni vulnerabili, dove la disparità di potere, il diver-

so accesso alle cure standard e le condizioni socio-economiche possono rendere più fragile l'autonomia e aumentare il rischio di sfruttamento. Le Linee Guida internazionali insistono sulla necessità che la ricerca risponda ai bisogni sanitari della popolazione coinvolta, che i benefici della conoscenza ritornino a tale popolazione e che i protocolli non approfittino delle lacune normative locali per abbassare gli standard di protezione rispetto a quelli dei paesi promotori (Holm 2006).

Un terzo ambito emergente riguarda l'intreccio tra atto medico, ricerca e tecnologie digitali, in particolare nell'uso di *big data* sanitari e intelligenza artificiale per la generazione di nuove ipotesi diagnostiche o terapeutiche e per il monitoraggio degli esiti. Qui l'atto medico sperimentale può non consistere in un intervento diretto sul corpo, ma nella raccolta, analisi e condivisione di dati sensibili, con questioni aperte in termini di consenso informato "ampio" o dinamico, *governance* dei dati, anonimizzazione e rischio di re-identificazione.

Infine, la stessa nozione di responsabilità medica deve confrontarsi con il carattere collettivo e istituzionale della ricerca contemporanea: comitati etici, sponsor industriali, enti regolatori, *data monitoring committees* condividono la responsabilità dell'atto di ricerca, ma il medico rimane l'interfaccia privilegiata con il soggetto e il garante della sua tutela.

Conclusioni

Alla luce di queste considerazioni è importante precisare, anche nella definizione aggiornata di atto medico, come si distribuiscono obblighi e risposte tra il singolo professionista, l'équipe e le istituzioni, evitando sia una deresponsabilizzazione individuale

sia un eccesso di colpevolizzazione del singolo in un sistema complesso.

In sintesi, il rapporto tra atto medico, ricerca biomedica e medicina sperimentale impone oggi di considerare l'atto medico non più solo come interazione duale medico-paziente, ma come nodo di una rete in cui interessi individuali e collettivi, produzione di conoscenza e tutela dei diritti fondamentali devono essere continuamente bilanciati alla luce delle evidenze e delle Linee Guida etiche e giuridiche nazionali e internazionali.

Riferimenti bibliografici

- Bernabe R.D., van Thiel G.J., van Delden J.J. (2016), *What do international ethics guidelines say in terms of the scope of medical research ethics?*, in «Bio-Med Central Medical Ethics», 17, 23, doi: 10.1186/s12910-016-0106-4.
- Borysowski J., Ehni H.J., Górski A. (2019), *Ethics codes and use of new and innovative drugs*, in «British Journal of Clinical Pharmacology», 85, 3, pp. 501-507, doi: 10.1111/bcp.13833.
- Holm S. (2006), *The Law and Ethics of Medical Research: International Bioethics and Human Rights*, in «Journal of Medical Ethics», 32, 4, p. 246, doi: 10.1136/jme.2005.013326.
- Johnston C., Liddle J. (2007), *The Mental Capacity Act 2005: a new framework for healthcare decision making*, in «Journal of Medical Ethics», 33, 2, pp. 94-7, doi: 10.1136/jme.2006.016972.
- Mertz M., Strech D. (2014), *Systematic and transparent inclusion of ethical issues and recommendations in clinical practice guidelines: a six-step approach*, in «Implementation Science», 9, p. 184, doi: 10.1186/s13012-014-0184-y.
- Qiu Y. (2022), *Ethical issues in innovative clinical research*, in «Hepatobiliary Surgery and Nutrition», 11, 5, pp. 721-723, doi: 10.21037/hbsn-22-426.
- UEMS (2009), Union Européenne des Médecins Spécialistes, *European Definition of the Medical Act*, <https://uems-prm.eu/wp-content/uploads/2011/05/1306.pdf>.

L'atto medico tra salute, malattia, autonomia e prevenzione

di Giuseppe Quintavalle e Dalila Ranalletta

Abstract: Il contributo esplora l'atto medico all'interno di una cornice multidisciplinare, evidenziando come salute, malattia, autonomia e prevenzione si interconnettano. Distingue tra malattia clinica, danno sanitario e prospettive penalistiche, e sostiene che l'atto medico debba promuovere una salute olistica, includendo prevenzione primaria, secondaria, terziaria e la recente prevenzione quaternaria. Sottolinea il ruolo dell'alleanza medico-paziente, dell'autodeterminazione e dei criteri bioetici e deontologici, in un contesto di *governance* sanitaria.

Introduzione

La definizione di atto medico comporta una preliminare riflessione sulla dimensione multidisciplinare del tema, che implica un'analisi che attraversa aspetti teorici, pratici, scientifici ed etici.

La parcellizzazione delle competenze mediche, motivata da ragioni economiche e di organizzazione sanitaria, comporta la necessità di individuare il punto di osservazione più adatto per impostare la riflessione sul significato e dunque sulla definizione dell'atto medico. In questa prospettiva, la formula dell'"alleanza medico-pa-

ziente” offre una utile chiave di lettura: la responsabilità della “cura” – intesa come prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione – deve integrarsi con l’approccio suggerito dalla medicina narrativa (Cannanzi 2023).

A ben riflettere, si tratta in fondo di privilegiare il concetto heideggeriano dell’aver cura per pervenire a una definizione di atto medico inteso proprio come “prendersi cura”, tenendo conto anche della dimensione sociale dell’attività sanitaria. In tale contesto, la posizione di garanzia del medico interviene come istituto diretto alla tutela del paziente di cui – alla luce dei più recenti indirizzi dottrinali e pronunce giurisprudenziali, all’interno della relazione terapeutica – deve comunque rispettare la libertà di scelta (Semerari 2022).

Questa cornice introduce due assi portanti della discussione: da un lato la necessità di una comprensione olistica della salute, che integri assenza di malattia con benessere fisico, mentale e sociale (Lalumera 2025); dall’altro la responsabilità normativa ed etica che grava sui professionisti sanitari nel garantire sia la tutela della vita sia l’autodeterminazione del paziente. Nel contesto della *governance* sanitaria, l’atto medico si presenta quindi come fulcro di una riflessione critica sui modelli di cura, sull’efficienza delle pratiche cliniche e sulla qualità della vita del singolo e della collettività.

1. Cura e autodeterminazione del paziente

In relazione al principio secondo cui il consenso informato legittima il trattamento sanitario esiste anche il diritto al rifiuto dei trattamenti nell’ambito del più ampio e inviolabile diritto alla libertà personale. Il fatto che il medico ricopra una posizione di garanzia nei confronti della vita e della salute non contrasta con

il rifiuto delle cure da parte di un paziente consapevole e debitamente informato sui rischi e sui benefici della proposta terapeutica (Italia 2017a). Guardando al quadro nel suo insieme, si può dire che si tratta di una più ampia e piena valorizzazione del rapporto medico-paziente: gli obblighi giuridici di cura del sanitario incontrano il limite invalicabile dell'autodeterminazione del paziente, senza che tale limite pregiudichi in alcun modo il valore e il significato giuridico autonomo del dovere di tutela della vita e della salute (Cupelli 2018).

Nondimeno, il peso della complessità decisionale che grava sul medico non è da sottovalutare: è necessario giungere a una sintesi delicata tra valutazioni scientifiche oggettive, dovere di curare, consenso informato, tutela della salute e libertà di autodeterminazione del paziente, anche quando ciò coinvolge il bene della vita. Da questa prospettiva si comprende come il concetto tradizionale di "alleanza terapeutica", per essere pienamente interpretato, debba essere integrato con ulteriori categorie concettuali di natura giuridica, ma anche bioetica e deontologica (Macellari 2025). L'atto medico pertanto risulta ormai fondato sull'alleanza terapeutica medico-paziente, la quale, partendo dalla dimensione teorica, si è progressivamente affermata nel bio-diritto. La dimensione bio-giuridica, formalizzando l'inviolabile diritto giuridico ed etico all'autodeterminazione, colloca il paziente al centro delle scelte assistenziali sanitarie che lo riguardano (Massaro 2025).

A fronte di tali riflessioni, che non intendono esaurire il complesso quadro concettuale nel quale si inserisce l'atto medico, non si può negare che, se da un lato la funzione della sanità è trasversalmente condivisa, non di meno le ragioni economiche e politiche comportano un inevitabile ridimensionamento dell'obiettivo di tutela globale del "bene salute". Ciò impone una giusta distanza emotiva di fronte all'inevitabile asimmetria tra modello e realtà.

In questa prospettiva, la definizione di “atto medico” può costituire la lente interpretativa attraverso cui leggere l'ampio contesto in cui si iscrive il modo di intendere la medicina.

2. Salute, benessere, malattia

Il concetto di salute, inteso in senso statico, è intuitivamente legato all'assenza di malattia: quando le funzioni normali dell'organismo sono compromesse, si è in uno stato di malattia, anche se la percezione soggettiva del benessere può coesistere con una situazione patologica. La definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità stabilisce invece che la salute è «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità» (WHO 1948). Non si tratta dunque di un'idea statica, ma di un concetto dinamico che descrive la salute come integrazione tra assenza di malattia e equilibrio vitale in cui l'individuo vive in armonia con se stesso e con gli altri nel quotidiano. Si tratta, inoltre, di un equilibrio attivo, che implica lo sviluppo del benessere fisico, mentale e sociale in una prospettiva olistica.

La domanda centrale è come concepire l'atto medico non solo per garantire l'assenza di malattia, ma soprattutto per interpretarne una valenza globale, in una dimensione olistica dell'intervento sanitario che promuova il benessere psicofisico dell'individuo (Gadamer 1994).

Nel nostro ordinamento, infatti, il concetto e la definizione di “malattia” non sono sempre coerenti con un'unica chiave interpretativa: dal punto di vista clinico la malattia è una compromissione temporanea o cronica dello stato di salute e dell'omeostasi; nella responsabilità sanitaria tale stato di alterazione della nor-

male funzionalità può essere valorizzato come “danno temporaneo alla salute”. Diversamente, nel contesto penalistico la malattia giuridicamente rilevante non richiede necessariamente lesioni anatomiche: può includere anche mere limitazioni funzionali apprezzabili ed evolutive, sufficienti a integrare l'ipotesi di reato.

A ben vedere, il comune denominatore del concetto di malattia nei vari contesti è comunque riconducibile alla qualità essenziale della salute e del benessere, intesa come qualità della vita in assenza di sofferenza fisica o psichica. In quest'ottica, il concetto di “salute e benessere” omnicomprendivo sul piano fisico, psichico e sociale, presenta variazioni dei caratteri di registro che, pur non alterando in modo significativo il comune denominatore di alterazione in *peius* della qualità della vita, comportano significati diversificati a seconda delle circostanze e dell'interlocutore. Si vede allora come la definizione di atto medico debba tener conto anche delle circostanze in cui viene invocato per farvi riferimento in casi di “malattia”, con l'obiettivo di pervenire a una auspicabile definizione univoca che prescinda dallo scenario in cui ci si cimenta.

La definizione di atto medico non può pertanto attestarsi su di una costruzione teorica, basata su concetti universali di carattere costitutivo astrattamente condivisibili (e condivisi), senza avvalersi di un inquadramento descrittivo che ne individui le peculiarità nell'ambito della promozione della salute intesa come benessere psicofisico e sociale. Peculiarità che contraddistinguono le prestazioni professionali innegabilmente dal punto di vista tecnico-scientifico ed etico-deontologico, ma che, nella gerarchia dei valori che promuovono, devono essere anche riconosciute come preminenti e fondative del mantenimento e miglioramento della salute, dunque della qualità della vita, del singolo e della collettività. In questo modo l'obiettivo viene spostato costantemente

sul ripensamento efficiente dell'insidioso comparto dell'organizzazione sanitaria nell'ambito della spesa pubblica (Italia 2017b).

3. Prevenzione

È innegabile che l'atto medico non rivesta un ruolo imprescindibile solo al fine della promozione e del mantenimento dell'equilibrio psico-fisico della persona, in quanto alle prestazioni mediche è demandata anche la "protezione" della salute (individuale e collettiva), attraverso l'analisi sistematica delle strategie da adottare e attuare per evitare il manifestarsi delle malattie, per ridurne le complicità e gli effetti (rispettivamente prevenzione primaria, secondaria e terziaria). In questo senso la multidimensionalità della prevenzione si arricchisce di competenze specifiche e sinergiche in tema di ambiente, educazione e ottimizzazione degli stili di vita, nonché di contrasto alle disuguaglianze, che integrano e condizionano le scelte in tema di politica sanitaria.

Nell'ottica della *governance* sanitaria, l'atto medico rappresenta dunque ancora una volta il pilastro della costruzione di politiche sanitarie efficaci in tema di prevenzione, integrando un intrascurabile valore socio-economico oltre che scientifico ed etico.

Nella storia dell'uomo (e della medicina) la prevenzione fa la sua comparsa molto lontano nel tempo. Viene in tal senso spesso ricordato che l'imperatore cinese Huang Ti Nei Ching Su Wen (2698 a.C.-2597 a.C.) raccomandò di limitare l'uso del sale per evitare che "il polso si indurisca". Ma anche Ippocrate (460 a.C.-377 a.C.) non mancò di dedicare le sue riflessioni al ruolo delle abitudini dietetiche in tema di prevenzione delle malat-

tie, così come nel *Liber dietarum* della Scuola Medica di Salerno (IX-XIII sec. d.C.) viene richiamata l'importanza delle abitudini alimentari per mantenersi in salute. Insomma, si può affermare che nella storia della medicina il tema della prevenzione abbia sempre rappresentato un profilo di profonda riflessione.

Il proverbio popolare “prevenire è meglio che curare” si è ormai radicato, in tutti gli ambiti, nel patrimonio linguistico comune. In realtà, la ripresa del proverbio in età moderna si deve a Erasmo da Rotterdam (XVI sec. d.C., *Praevenire melius est quam mederi*), ma la memoria storica è stata rinnovata e diffusa da Benjamin Franklin, che nel 1736, nel caldeggiare la costituzione di un corpo di vigili del fuoco, usò un'espressione rimasta nella storia: «An ounce of prevention is worth a pound of cure» (un grammo di prevenzione vale un chilo di cura). Nel formulare la definizione di atto medico è indispensabile includere il concetto di prevenzione, e anche se non v'è dubbio che questa sia preferibile al trattamento, non può rappresentare o sostituire la cura.

C'è un'ulteriore moderna integrazione concettuale della prevenzione che bisogna richiamare, e tenere attentamente in considerazione.

Oltre alla prevenzione primaria, che mira a prevenire l'insorgenza della malattia riducendo i fattori di rischio, alla prevenzione secondaria, che si concentra sull'individuazione precoce della malattia per intervenire tempestivamente e ridurne la gravità o la durata, e alla prevenzione terziaria, che riguarda la gestione della malattia già presente per prevenire complicanze o rallentarne la progressione, vi è anche una prevenzione quaternaria che è stata introdotta proprio per proteggere i pazienti da danni potenziali derivanti da interventi medici non necessari o eccessivi, prodotti da un'ipersanità che può causare più danni che benefici. Entrando a pieno titolo nel *management* del rischio,

in pratica si propone di evitare l'*overdiagnosis*, l'*overuse* di test e trattamenti, e di promuovere decisioni cliniche eticamente appropriate, centrando l'attenzione sul benessere reale dell'individuo (FNOMCeO 2014).

4. Autonomia

Godere della libertà di autodeterminarsi senza la necessità di interventi esterni rappresenta una delle forme più invocate di libertà. Agire secondo la propria volontà comporta una condizione di indipendenza da altri, ed è l'aspirazione alla quale l'atto medico può offrire un contributo di profondo spessore etico oltre che di valore civile (Becchi 2025).

Se gli individui hanno la capacità di autosufficienza, anche in presenza di menomazioni che ne comportino limitazioni nell'agire, lo svantaggio sociale e lavorativo che deriva dalla disabilità si riduce unicamente a una condizione di contesto. In altre parole, spesso è il contesto che limita l'autonomia: talvolta un disabile non può porsi alla guida di veicoli se non ci si preoccupa di adattare il mezzo alle sue necessità, ed è anche vero che determinate limitazioni funzionali sono destinate a essere superate adottando protesi o ortesi che possono efficacemente vicariare una funzione ridotta o abolita (Ianes 2006).

L'esempio proposto richiama il ruolo fondamentale della bioingegneria, che però non può prescindere dall'integrazione di un atto medico in grado di predisporre l'individuo a possedere le caratteristiche necessarie per beneficiare dell'adattamento suggerito, in linea con le proprie esigenze.

Conclusioni

L'atto medico emerge dunque come ibrido dinamico, capace di integrare pienamente dimensioni biologiche, etiche e sociali in un contesto di salute olistica. Attraverso l'alleanza medico-paziente, la cura si ridefinisce non solo come trattamento mirato di una malattia, ma come impegno etico volto a preservare la dignità, l'autodeterminazione e la qualità della vita dell'individuo, in armonia con i principi di responsabilità professionale e di *governance* sanitaria.

La riflessione condotta invita a considerare l'atto medico non come semplice strumento di incremento della capacità terapeutica, ma come punto nodale in cui convergono prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, accompagnate da una costante valutazione critica degli interventi, della loro proporzionalità e dei rischi di danno iatrogeno. In questo orizzonte, la prevenzione – anche nelle sue dimensioni innovative come la prevenzione quaternaria – e l'autodeterminazione del paziente non sono antagonisti, bensì elementi sinergici che plasmano decisioni cliniche attente al contesto e al valore intrinseco della vita.

Riferimenti bibliografici

- Becchi P. (2025), *Licenza di morire*, Giappichelli Multiversum, Torino.
- Cananzi D.M. (2023), *Medicina narrativa e bioetica della cura. Tre riflessioni sull'atto medico e la distinzione tra malattia e patologia*, Mimesis, Milano.
- Cupelli C. (2018), *Libertà di autodeterminazione terapeutica e disposizioni anticipate di trattamento: profili penali*, in «Criminalia. Annuario di scienze penalistiche», Edizioni ETS, Pisa, pp. 275-298.
- FNOMCeO (2014), Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirur-

- ghi e Odontoiatri, *Codice di deontologia medica*, https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2023/08/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti_acc.pdf.
- Gadamer H.G. (1994), *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ianes D. (2006), *La speciale normalità. Strategie di integrazione e inclusione per le disabilità e i Bisogni Educativi Speciali*, Erickson, Trento.
- Italia (2017a), *Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in «Gazzetta Ufficiale», Serie Generale n. 12 del 16 gennaio 2018.
- Italia (2017b), *Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*, in «Gazzetta Ufficiale», n. 64 del 17 marzo 2017.
- Lalumera E. (2025), *Health Concepts in Medicine and the Role of Philosophy*, in «Philosophy of Medicine», 6, 1, pp. 1-23.
- Macellari G. (2025), *Etica per il medico giusto*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Massaro A. (2025), *Questioni di fine vita e diritto penale*, Giappichelli, Torino.
- Semerari A. (2022), *La relazione terapeutica. Storia, teoria e problemi*, Laterza, Bari-Roma.
- WHO (1948), World Health Organization, *Constitution*, in «Official Records of the World Health Organization», 2, p. 100 (rist. in Caplan A.L. et al. (eds.), *Concepts of health and disease: interdisciplinary perspectives*, Addison-Wesley, Reading, Mass, 1981).

Atto medico e sostenibilità economico-finanziaria dei sistemi sanitari

di Fabio Palazzo

Abstract: Nel tempo il concetto di atto medico è stato soggetto a diverse considerazioni in relazione alla maggiore sensibilità verso problematiche nuove: la definizione stessa del termine ha posto la questione di classificare gli atti stessi; della verifica della loro “efficacia”, per valutarne l'utilità, e della loro “efficienza”, in relazione alle scarse risorse economiche, e da ultimo della loro “sostenibilità”, per valutare se le risorse finanziarie siano sufficienti per non aumentare il Debito Pubblico.

Introduzione

Prima di introdurre il concetto di “sostenibilità” economica e finanziaria dell'atto medico è doveroso chiarire il punto di vista “valutativo”. Precisiamo subito che ai fini valutativi l'atto strettamente medico viene considerato alla stessa stregua di un qualsiasi altro atto sanitario: l'unica differenza consiste nel “valore monetario” da dare all'atto, essendo diversa la remunerazione tra le varie professioni mediche (per ora usiamo il termine valutazione in senso lato, senza distinguere i diversi tipi di valutazione che più avanti verranno chiariti).

Una prima distinzione che faremo è tra atto “semplice”, che si risolve solo con una “visita”, e atto “complesso”, che – secondo la definizione data dall'*Office of Technologies Assessment* (OTA) nel 1980, richiede anche l'uso di attrezzature o materiali di consumo, ovvero di “tecnologie” (OTA 1980, p. 3).

L'OTA ha identificato le tecnologie nel settore della salute in «farmaci, dispositivi, procedure mediche e chirurgiche utilizzati nelle cure mediche, nonché i sistemi organizzativi e di supporto nell'ambito dei quali tali cure vengono fornite» (*ibidem*). L'aspetto più interessante di questa ampia definizione è che il termine tecnologie si allarga fino a comprendere, da un lato le procedure – al cui interno rientrano le Linee Guida e i Protocolli Diagnostico-Terapeutici e Riabilitativi (PDTR) – dall'altro anche gli assetti organizzativi. Nel senso più ampio, al limite anche l'intero Sistema Sanitario Nazionale può essere inteso come “tecnologia”.

Come “atto medico” intendiamo qui l'azione volta a modificare la naturale evoluzione di una patologia mediante l'uso di tecnologie, e quindi con un conseguente consumo di risorse. In questo modo abbiamo associato l'atto a un'azione, ma quest'ultimo termine richiede un ulteriore chiarimento. Sul finire degli anni Ottanta del secolo scorso, furono create le prime cartelle cliniche “elettroniche”, che vennero presto “informatizzate” quando vi fu la possibilità di collegarle in rete. Si vide subito che queste cartelle offrivano la possibilità di rilevare, oltre a informazioni cliniche, anche dati di carattere economico secondo le metodologie di valutazione “per Centri di Costo”.

Per meglio individuare gli elementi di costo si ritenne preferibile distinguere le “azioni” dalle “attività” (Ricci, Serbanati 2006): il primo termine riguarda gli atti più semplici di un operatore, chiunque esso sia, e quale esempio pensiamo all'azione di scar-

tare una siringa; questa, insieme ad altre azioni, determina una “attività”, continuando nell’esempio, un prelievo o una somministrazione di farmaci; per attività si deve intendere inoltre la “prescrizione” codificata, di cui si dirà tra poco.

Più azioni e attività svolte da medici o altri operatori anche non sanitari (amministrativi) possono portare ad attività più complesse, ad esempio uno *screening* che permette di individuare uno o più Percorsi Diagnostico-Terapeutici e Riabilitativi (PDTR).

In questo contesto non sappiamo se il concetto di “atto medico” vada associato a un’azione o a un’attività, o forse a entrambi, ma per il “valutatore” non cambia nulla restando il fatto che la sua definizione deve avvenire a un livello “meta”, con una competenza che appartiene ai medici che possono trovare strumenti di analisi in altre discipline, come la filosofia o il diritto, ma difficilmente nell’economia.

1. Codificazione

La codifica è diventata un elemento fondamentale per l’individuazione di una specifica attività, una prassi tanto consolidata che ora sembra del tutto naturale indicare le patologie e le procedure con i loro codici.

Chi si è trovato in gruppi di lavoro, nazionali o internazionali, si è trovato spesso ad affrontare questioni di carattere terminologico, per cui il concetto stesso di atto medico è stato descritto in modi e con termini diversi.

A facilitare l’opera di “omogeneizzazione” è sopravvenuto l’uso dei codici che non era ancora diffuso nei primi anni Novanta del secolo scorso, sebbene questi esistessero già da molti anni.

Infatti, il noto sistema ICD, l'*International Classification of Disease*, fu predisposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) già nel 1948; in breve tempo l'ICD divenne un sistema riconosciuto universalmente, anche se ben poco utilizzato a livello pratico, con alcune eccezioni.

Nel 1970 negli Stati Uniti fu predisposta l'ICD-9 che fu adottata anche in Italia a partire dal 1975, tramite l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) che la utilizzò per la compilazione delle schede di morte; nel 1979 questa versione ICD fu implementata con un secondo volume che conteneva una prima lista codificata di interventi e procedure diagnostiche e terapeutiche (ICD-9-CM *International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification*), che in Italia coincise con la Classificazione Italiana delle Procedure e degli Interventi chirurgici (CIPI).

Le due parti del documento, patologie e procedure, furono alla base del *Diagnosis Related Group* (DRG), introdotto nelle strutture ospedaliere americane nel 1967, grazie al contributo del gruppo dell'Università di Yale, coordinato da Robert Fetter.

Successivamente fu tradotto in Italia nei Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (ROD), divenendo nel 1995 il sistema ufficiale di rilevazione dei ricoveri ospedalieri: mediante schede che devono contenere la diagnosi della patologia e i trattamenti diagnostici e terapeutici così come codificati nell'ICD-9.

Il suo uso sistematico anche da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) avvenne solo dopo la pandemia Covid-19.

Dall'1 gennaio 2027 è previsto l'abbandono definitivo dell'ICD-9-CM per passare all'ICD-10-IM (IM sta per *Italian Modification*), per poi adeguarsi quanto prima alla versione ultima, l'ICD-11, predisposta negli Stati Uniti nel 2022.

2. Appropriatezza ed efficacia

Detto della codifica vediamo brevemente il contesto che ha portato a considerare la “sostenibilità” degli atti medici tra i Principi di Valutazione.

Dopo il secondo Dopoguerra, come è noto, l'Italia ha vissuto quello che generalmente è chiamato il “miracolo economico”, che ha visto il suo apice nel 1963, anche se lo sviluppo economico continuò a ritmo ridotto per un decennio. La Crisi Petrolifera del 1973 segnò uno spartiacque, ponendo fine al periodo di “vacche grasse”, di cui aveva beneficiato anche il settore sanitario, con la crescita esponenziale del numero di prescrizioni, sia ospedaliere che territoriali, senza che si tenessero in considerazione questioni economiche.

A peggiorare la pressione sul Bilancio pubblico aveva contribuito anche la nuova visione della salute contenuta nella Costituzione dell'OMS del 7 aprile 1948, (adottata già il 22 luglio 1946): si passava infatti da una visione clinica a una “olistica” che definiva la salute come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità». Questa definizione trovava i suoi fondamenti nei principi della “filosofia utilitaristica”, ispiratrice della così detta “Economia del Benessere”, in base alla quale beneficio e costo, come facce di una stessa moneta, sono considerati “modificazioni dell'utilità” positive o negative.

Questa nuova corrente economica era stata introdotta dall'ingegnere Jules Dupuit (1844), il quale sosteneva che l'utilità che si ottiene dalle opere pubbliche, e per estensione anche dal settore sanitario pubblico, deriva non dall'entrate all'erario, ma dalla “disponibilità a pagare” degli individui, che assegnano un valore monetario ai vantaggi derivanti da queste opere.

Da questa distinzione nasce una chiara differenza tra aspetti “economici” e aspetti propriamente “finanziari”, all’interno dei quali si inserisce il principio di sostenibilità. Dupuit usava il termine utilità come sinonimo di benessere, termine che con Arthur Cecil Pigou (1920) valicherà i confini dell’economia per essere punto di riferimento di tutte le discipline che si interessano di *welfare*.

Non a caso, dunque, “benessere” e “utilità” furono i nuovi termini che modellarono il primo Sistema Sanitario Pubblico, il National Health Service (NHS), sorto nel Regno Unito il 5 luglio 1948.

Questo accadrà anche per il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito con la Legge 833 del 23 dicembre 1978. Il “peccato originale” di considerare “salute” il “benessere” favorì l’espansione della spesa, e con essa il numero di “atti medici”, ma la Crisi Economica del 1973 provocò un cambiamento se non nel modo di agire, perlomeno nel modo di ragionare: fu allora che si pose la necessità di “valutare”.

In realtà un primo sussulto si era avuto con la nascita della “farmacovigilanza” a seguito della “tragedia della talidomide”, un farmaco venduto a partire dagli anni Cinquanta e Sessanta per trattare ansia, insonnia e vomito nelle donne, anche quelle in gestazione, considerato sicuro e che invece aveva avuto effetti nocivi sui feti.

Senza ripercorrere tutta la vicenda, diciamo solo che studi presentati al Congresso di pediatria di Düsseldorf nel novembre 1961, e la successiva mobilitazione dell’intera comunità medica, portarono al ritiro del farmaco in un mese. Poco dopo gli Stati Uniti introdussero norme più severe sulla sperimentazione clinica e sulla valutazione degli effetti teratogeni dei farmaci. Fu da allora che nel settore medico si iniziò a ragionare di *good practice*

(GP), criterio adottato nel 1964 dall'Associazione Medica Mondiale (WMA) con la Dichiarazione di Helsinki, nella quale si sosteneva che non tutti gli atti medici provocano conseguenze positive, per cui si debbono individuare quelli in grado di apportare "utilità", ovvero miglioramenti alla salute, rispetto alle *bad practices*.

Dal criterio della GP nascono i termini di "appropriatezza" ed "efficacia": il primo definisce gli atti che sono sempre nocivi alla salute (appropriatezza clinica), ma soprattutto quelli che lo possono diventare solo in alcune circostanze (appropriatezza allocativa); il secondo introduce un confronto tra due o più atti tutti ritenuti appropriati: il più efficace di questi sarà l'atto che produce più salute, o benessere (OTA 1978).

L'orizzonte teorico è ancora circoscritto al campo medico e non sono contemplate valutazioni economico-finanziarie.

3. La valutazione economica e l'efficienza

Per analizzare la Valutazione Economica (VE) occorre partire dalla stessa definizione di Economia come venne formulata da Lionel Charles Robbins nel 1932: «la scienza che studia il comportamento umano come relazione tra fini e mezzi scarsi suscettibili di usi alternativi».

Questa definizione introduce il concetto fondamentale di "scarsità delle risorse" che è alla base di ogni "bene economico", tra cui va inclusa anche la "tutela della salute".

La "scarsità" è strettamente collegato a un altro concetto che caratterizza l'Economia, quello di "costo-opportunità": applicata al settore sanitario significa che la decisione di effettuare un atto medico, e di fornire farmaci e tecnologie ritenute necessarie per

tutelare la salute, è implicito che quelle stesse risorse vanno distolte da altri usi.

Volendo esemplificare, una semplice visita da parte di un medico a un paziente comporta “consumo di tempo” sottratto a un altro paziente.

Il concetto può apparire fin troppo semplice, ma le risorse non sono illimitate; e basterebbe questa considerazione a far capire che ciò comporta fare delle scelte che determinano “modificazioni di utilità”; in altri termini noi definiamo come “benefici” e “costi” a seconda se tali variazioni siano positive o negative, in base a chi e al modo in cui noi “allochiamo” le risorse: attuare un progetto per i pazienti oncologici potrebbe richiedere il sacrificio di risorse per pazienti affetti da altre malattie.

A livello preliminare, occorre chiarire che esistono tre tipologie di “variazioni di utilità”, anche se la categoria più evidente è quella del consumo di risorse, tra le quali rientra anche il “tempo” a cui si è già fatto un accenno; oltre a queste si deve pensare che una malattia, permanente o temporanea, e al limite la morte stessa, determinano “perdite di produzione” dal momento che un individuo non si reca al lavoro, oppure è costretto a lavorare in condizioni debilitate.

Ciò che risulta più complicato per coloro che non si occupano di economia, è una terza categoria di costi, o benefici: riguardano la salute in sé, dato che la stessa salute è un bene economico destinato a ridursi, ma anche aumentare quando vengono svolti atti medici.

La questione esiste semmai da un altro punto di vista di cui si ha necessità per svolgere le attività sanitarie, incluse quelle strettamente di competenza “medica”. La difficoltà di “quantificare” la salute, e non solo “descriverla”.

È riconosciuto universalmente che l'uso del tasso di mortalità,

per molti anni l'unica "misura" della salute di una popolazione, è ormai superato. Ai fini della VE questo indicatore fu modificato da Romeder e McWhinnie (1977) per tener conto dell'età, pervenendo così al numero di anni di vita che potenzialmente vengono perduti per morte precoce (*Potential Years of Life Lost*, PYLL), riconoscendo implicitamente che i più giovani debbano ricevere un'attenzione maggiore dei più anziani. Questo indicatore finisce in realtà per porre delle questioni di natura etica da cui in realtà si dovrebbe rimanere a distanza. I PYLL, inoltre, hanno il limite fondamentale nel fatto che vi sono patologie ad altissima diffusione ma con minore mortalità, e pertanto accanto alla mortalità bisogna considerare anche la morbilità come importante elemento di costo.

In seguito sono stati sviluppati altri indicatori in linea con la definizione salute dell'OMS concentrandosi, in particolare, sul tentativo di dare consistenza alla "qualità di vita" più che alla "quantità", elemento da cui non si poteva più prescindere.

Su questo argomento esiste un'infinita letteratura che ha cercato di costruire dapprima indici semplici, bidimensionali (ad esempio quelli che considerano gli aspetti fisici insieme con quelli psichici), per passare ai "profili di salute", basati su complessi questionari (Hunt, McKenna 1980).

Solo una minima parte di questi è stata concretamente utilizzata nella VE, tra cui lo *Healthy Life Years*, (HLY), ovvero "gli anni di vita in buona salute", che l'OMS ha ricavato intorno agli anni Ottanta rielaborando l'Indice di Sullivan del 1971. Inseriti nel sistema EUROSTAT, questi sono calcolati anche dall'ISTAT che da qualche anno valuta sulla base del criterio della "speranza di vita in buona salute", oltre al valore tradizionale che non tiene conto della salute.

Un secondo strumento assai diffuso, che ritroveremo più

avanti, sono gli “Anni di Vita Aggiustati per la Qualità” (*Quality Adjusted Life Years*, QALYs), il cui termine si deve a Weinstein e Stason (1977), ma l’idea risale agli anni Sessanta, quando Klarman e Francis (1968) ritennero che gli anni di vita vissuti dopo il trapianto fossero “migliori” di quelli vissuti in dialisi.

Precisiamo che laddove si passa da indicatori che tengono conto solo del numero di morti o di anni a quelli che tengono conto della qualità di vita non si parla più di efficacia ma di “utilità”.

Il principio dell’efficienza nella VE richiede un ulteriore chiarimento: l’economista, infatti, distingue l’efficienza “tecnica”, o “produttività”, dall’efficienza “allocativa”; nel primo caso si tratta di produrre un bene con il minor consumo di risorse, nel secondo l’obiettivo è minimizzare il costo per la “quantità” di salute.

In generale si può dire che l’efficienza allocativa combina il costo con l’efficacia (o con l’utilità), pervenendo a due tipi di metodi: l’Analisi Costi-Efficacia e l’Analisi Costi-Utilità che, insieme all’Analisi Costi-Benefici, compongono l’Approccio Costi-Benefici. Oggi queste metodologie fanno parte della più ampia *Health Technology Assessment*.

4. La sostenibilità

Il tema della sostenibilità in sanità rimanda alla questione: le risorse attuali, e ancor più quelle future, potranno “sostenere” l’aumento sempre più pressante della spesa per prestazioni fornite attraverso il SSN alla luce di una vera e propria “pandemia economica”?

Questo termine sembrerà inappropriato, ma l’aumento vertiginoso dei costi è stato definito “morbo di Baumol” (1967), dal nome dell’economista statunitense che distinse due settori dell’e-

conomia: uno “progressivo”, caratterizzato dall’aumento costante della produttività in rapporto all’aumento dei costi; l’altro “non progressivo”, con produttività stagnante e aumento dei costi; intuitivo è che quest’ultimo riguarda perlopiù i servizi pubblici, ovvero assistenza sanitaria, istruzione, attività culturali, ecc. Questi servizi sono la causa della forbice tra entrate e spese, che determina quella che in epoca non sospetta O’Connor (1979) aveva definito *la crisi fiscale dello stato*, anticipando quanto sarebbe emerso molti anni dopo per l’espandersi dello “stato assistenziale”.

Il problema dell’aumento della spesa sanitaria è stato affrontato in vari modi; tra questi riporto qui brevemente tre casi che ritengo interessanti per la nostra analisi della sostenibilità e del contenimento dei costi.

Il primo riguarda il Piano Sanitario dell’Oregon (*Oregon Health Plan*, OHP), varato nel 1987 per fornire copertura sanitaria gratuita ai cittadini che rimanevano esclusi dal *Medicaid* e dal *Medicare* perché non sufficientemente poveri o non sufficientemente vecchi.

Modificato spesso in questi 30 anni, la logica dell’OHP è rimasta intatta: si stabilisce annualmente un budget da dedicare a questa integrazione di spesa (non è un vero e proprio Sistema Sanitario Pubblico ma ci si avvicina); si definisce una graduatoria di coppie patologia/terapia (nel senso che una stessa patologia può essere trattata in diversi modi), si determina la prevalenza di persone che potrebbe ricevere le cure e si ottiene la spesa totale per questi trattamenti. I QALYs di cui potranno beneficiare i cittadini vengono calcolati attraverso un questionario proposto telefonicamente ai cittadini portatori di quelle patologie. Infine si costruisce una graduatoria di coppie patologia/trattamento a partire da quella che ha un minore costo per QALY; in base al budget allocato si possono stabilire quante prestazioni si potranno

fornire, quale integrazione (e non sostituzione) ai sistemi *Medicaid* e *Medicare*.

Un secondo caso riguarda il NHS inglese. Il Ministero della Salute ha al suo interno un ente, il National Institute for Health and Care Excellence (NICE), generalmente interpellato per fornire Linee Guida, che fu coinvolto nella creazione di un sistema per decidere se una determinata cura fosse rimborsabile dal NHS.

Il NICE ha scelto come criterio il costo per QALY, e come indicatore per il QALY l'EuroQol, il sistema di "pesatura" che si ottiene attraverso il questionario EQ-5D-5L; sulla base di questi parametri venne fissato come tetto di spesa per QALY 20.000 Sterline (estendibile in casi particolari a 30.000): le cure ammesse erano quelle che avevano una spesa inferiore.

Il terzo caso è ben inferiore per popolazione interessata, ma non di meno è interessante per la composizione del gruppo di lavoro che costruì un originale percorso valutativo: in esso vi erano tutti i primari ma anche alcune figure esterne, tra cui un esperto di economia e un filosofo, al quale veniva riconosciuta la capacità di individuare aspetti che i medici da soli ritenevano di non essere in grado di fare.

In questo caso la VE doveva stabilire quali nuovi farmaci si dovevano introdurre nell'Ospedale di Adelaide in Australia, con oltre 1200 posti letto. Diciamo subito che per "nuovi" si consideravano anche quei farmaci già esistenti, che però avevano ottenuto nuove indicazioni terapeutiche. Tra gli elementi presi in considerazione vi erano il costo e la "qualità", ma quest'ultimo termine non si riferiva alla qualità di vita, come nel caso dei QALYs, ma ad alcune caratteristiche: mortalità e morbidità nella popolazione, efficacia del farmaco, alternative esistenti.

Anche in questo caso si creò una graduatoria partendo dal maggior valore di "qualità-costo", e nello stesso modo fu deter-

minata la spesa sanitaria complessiva per ogni farmaco, fornendo in questo modo i farmaci “sostenibili” sulla base del bilancio prefissato.

Si può notare che si tratta di tre esempi con una visione anglosassone, che considera primariamente il giudizio dei cittadini (principio della “sovranità del consumatore”), mentre al contrario nei paesi latini, come il nostro, prevalgono valutazioni “paternalistiche”, mediante giudizi espressi prevalentemente da esperti.

Non ci permettiamo di giudicare quale sia migliore perché si tratta di culture diverse, ma osserviamo però che una tecnologia, seppure prodotta a basso costo, quand'è allocata in modo “inappropriato” costituisce sempre uno spreco di risorse.

Uno strumento aggiuntivo ai metodi di valutazione economica, valido principalmente per tecnologie ad alto costo, è la definizione di opportuni “bacini di utenza”, opera questa da lasciare agli esperti di organizzazione: si otterrebbero standard di qualità che includono il numero di professionisti, suddivisi per tipologia.

Conclusioni

Vorrei concludere lo spazio che mi è stato concesso con il riferimento al recente libro *Pensare la sanità. Terapie per la sanità malata*, opera del giudice della Corte costituzionale Luca Antonini e dell'economista della salute Stefano Zamagni (2025), nella quale hanno introdotto la nozione di “spesa costituzionalmente necessaria”, che fa certamente riferimento al criterio della sostenibilità del settore sanitario. Gli autori prendono spunto da due articoli della nostra Costituzione:

- l'art. 32, comma 1 che afferma: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»;
- l'art. 81 modificato dalla Legge 1/2012, con cui si introduce il “principio dell'equilibrio di bilancio”, a cui si è giunti dopo che il trattato di Maastricht non appariva più sufficiente a fermare gli aumenti di spesa, e il conseguente aumento del deficit della finanza pubblica.

Questi due articoli insieme sarebbero sufficienti a rigettare il principio di sostenibilità per il settore sanitario; a ciò personalmente aggiungo che troppo spesso si parte da un presupposto erraneo: che la spesa sanitaria, e più in generale la spesa pubblica, in Italia siano superiori rispetto ad altri Paesi.

Scegliendo a caso uno degli innumerevoli studi che presentano confronti internazionali si desume il contrario: ad esempio, nel rapporto GIMBE (2024a), si osserva che siamo al 16° posto tra 27 Paesi Europei dell'area OCSE, e addirittura ultimi nella spesa tra i Paesi del G7 (GIMBE 2024b).

Tornando al libro, esso riporta la centralità della salute e degli atti medici necessari a garantirla, rispetto a un vero e proprio “abuso” delle Valutazioni Economiche e di quelle Finanziarie, che si vogliono far passare come giudizi “neutrali”, mentre non lo sono. Si dovrebbe considerare maggiormente il ruolo della “politica” nelle scelte che vengono fatte continuamente. In altri termini, è nella sfera politica che vanno prese le decisioni sull'ammontare del Debito Pubblico, e sul settore della salute, senza partire necessariamente dal pregiudizio non vero che si spenda troppo in Sanità. Tale pregiudizio nasconde l'intento di troppi che vorrebbero smantellare l'attuale Servizio Sanitario Nazionale, laddove il problema va visto in relazione alla sua efficienza.

L'efficienza è il principio fondamentale, più che i suddetti giudizi di sostenibilità, su cui dovremmo indirizzare le VE e le VF, anche se si debbono riconoscere che ancora troppi comparti all'interno della tutela della salute presentano sprechi di risorse che andrebbero sanati.

Riferimenti bibliografici

- Antonini L., Zamagni S. (2025), *Pensare la sanità. Terapie per la sanità malata*, Studium, Roma.
- Baumol W.J. (1967), *Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis*, in «The American Economic Review», 57, 3, pp. 415-426.
- Dupuit J. (1844), *De la mesure de l'utilité des travaux publics*, in «Revue française d'économie», 10, 2 [1995], pp. 55-94.
- GIMBE (2024a), *7° Rapporto GIMBE sul Sistema Sanitario Nazionale*, <https://salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/7-rapporto-gimbe.it-IT.html>.
- GIMBE (2024b), *L'Italia al 16° posto in Europa per spesa Sanitaria e ultima tra i Paesi G7, urgenti riforme e investimenti*, in «il Sole 24 ore», 3 settembre 2024, <https://www.ilsole24ore.com/art/gimbe-italia-16-posto-europa-spesa-sanitaria-e-ultima-i-paesi-g7-urgent-riforme-e-investimenti-AFimHZgD>.
- Hunt S.M., McKenna S.P., McEwen J. et al. (1980), *A quantitative approach to perceived health status: A validation study*, in «Journal of Epidemiology & Community Health», 34, 4, pp. 281-286, doi: 10.1136/jech.34.4.281.
- Klarman H., Francis J., Rosenthal G. (1968), *Cost effectiveness analysis applied to the treatment of chronic renal disease*, in «Medical Care», 6, pp. 48-54.
- O'Connor J. (1979), *La crisi fiscale dello stato*, Einaudi, Torino.
- OTA (1978), Office of Technologies Assessment, *Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies*, Congress of the United States, Washington, DC.
- OTA (1980), Office of Technologies Assessment, *The Implications of Cost-Ef-*

fectiveness Analysis of Medical Technology, Congress of the United States, Washington, DC.

Pigou A.C. (1920), *The Economics of Welfare*, Macmillan, London.

Ricci L.D., Serbanati F., Palazzo F. et al. (2006), *E-DINEM: An economic model to estimate the costs of e-Disease Management*, in Hasman A., Haux R., van der Lei J. et al. (eds), *Ubiquity: Technologies for Better Health in Aging Societies*, IOS Press, Amsterdam.

Robbins L.Ch. (1932), *An Essay on the Nature and Significance of Economic Science*, Macmillan, London.

Romeder J.M., McWhinnie J.R. (1977), *Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning*, in «International Journal of Epidemiol.», 6, 2, pp. 143-151, doi: 10.1093/ije/6.2.143.

Sullivan D.F. (1971), *A single index of mortality and morbidity*, in «HSMHA Health Reports», 86, pp. 347-354.

Weinstein M.C., Stason W.B. (1977), *Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices*, in «The New England Journal of Medicine», 296, 13, pp. 716-721, doi: 10.1056/NEJM197703312961304.

Definire l'atto medico

Dal presente al futuro della professione

di Bruno Zuccarelli

Abstract: L'articolo esamina l'evoluzione dell'atto medico dall'autorità tradizionale del medico verso una *leadership* collaborativa nell'era digitale. Partendo da una cornice etico-deontologica, confronta medicina orientata al corpo con approcci olistici, valorizza la relazione medico-paziente su piano orizzontale e analizza il ruolo dell'IA e delle tecnologie nel prendersi cura. Propone una definizione normativa dell'atto medico e richiama l'aggiornamento del codice deontologico, ponendo il paziente al centro dell'azione sanitaria.

Introduzione

Sofocle ci ricorda che «Per chi sta male, una sola notte è un tempo infinito; per chi sta bene il giorno giunge troppo presto» (fr. 64 Radt). Questo è l'aforisma che tutti i medici dovrebbero tenere presente partendo dalla premessa che tutti noi siamo satelliti sinergici di un sole che è il paziente.

C'era una volta il medico, uomo e professionista rispettato e rispettoso la cui professione era da tutti considerata e da lui medesimo stimata una “vocazione”; sembra un atteggiamento paternalistico forse, ma al medico questo chiedevano i pazienti e la

società. Il medico era l'unico decisore della salute e della malattia, aveva la piena responsabilità delle cure e aveva l'ultima parola sulle decisioni da prendere, un vero *deus ex machina* accettato da tutti perché consapevoli che si sarebbe comportato come il buon padre di famiglia.

Nella vita professionale ordinaria i problemi erano “semplici” per il medico, il quale poteva ispirarsi nella propria azione all'etica del *Giuramento* di Ippocrate o poteva seguire gli esempi dei grandi clinici o dei medici Santi (*ipse dixit!*).

Il medico si prendeva cura non solo della salute del corpo, ma anche quella dello spirito e dell'intero contesto familiare e sociale in cui il paziente si collocava, insomma aveva una visione olistica, anche perché aveva ricevuto una formazione umanistica e nella maggior parte dei casi aveva fatto studi classici.

1. La svolta della medicina contemporanea

Negli ultimi anni il quadro è cambiato, siamo passati dal medico autoritario e autorevole al medico strozzato dal tempario medico, dove l'obiettivo principale è l'efficienza con il risparmio economico, con scenari interessanti e stimolanti come la tele-medicina e la sanità digitale, ma anche inquietanti quali il “collega Google” e l'intelligenza artificiale.

Il ruolo del medico è quello di un leader che non può abiurare a questa funzione nel processo di salute, quindi deve essere un punto di riferimento che, forte della sua autorevolezza e non autorità, porta coloro che collaborano con lui a scelte comuni condividendone gli obiettivi.

È ineludibile lavorare in un team di competenze diverse e integrate con un programma di un'autonomia dei livelli nelle com-

plexità di organizzazione, dove autonomia non va interpretata come anarchia ma come sinergia di saperi differenti che vanno *in unicum*.

L'autorevolezza del medico è quella faticosamente raggiunta sul campo dopo anni di studio e di esperienze che lo indirizzano a una formazione continua e innovativa che ognuno porta dietro nella sua giornata di lavoro, sia quando indossa il camice bianco sia quando è in borghese e qualcuno lo interpella: il medico è sempre lui al di fuori di orari, degli schemi e ambiti. Il medico deve convincersi della necessità di tornare a un impegno sociale che nel tempo è scemato, non può prescindere dal calarsi in questo ruolo per comprendere e assorbire l'ambiente del paziente e quindi interfacciarsi con la funzione di umanità e non di macchina che immagazzina nozioni ed elabora conseguentemente diagnosi e terapie.

Con l'avvento della medicina contemporanea ci si è dimenticati che l'uomo non è solo *soma* (corpo), non è solo un insieme di organi e funzioni vitali, ma è anche molto altro. Proprio in virtù di questa premessa sbagliata ritengo fondamentale scegliere tra la medicina considerata disciplina solamente scientifica e che si sta occupando solo del corpo e la filosofia con disciplina umanistica per eccellenza il cui cuore è proprio l'umano nella sua globalità. Karl Jaspers, filosofo e psichiatra tedesco, è stato tra i primi a denunciare quelli che per lui sono i limiti del metodo tecnico-scientifico: la medicina spiega i fatti senza comprenderne il significato o senza indagare il senso più profondo del lavoro del medico.

2. Dalla specializzazione all'umanizzazione

La specializzazione della professionalità medica è un fatto irreversibile, continua ad accrescere il sapere e l'abilità tecnica, a

rendere le metodiche sono sempre più affinate, nell'ambizione o meglio nella pretesa di avere tutto sotto controllo, dimenticando che l'umano non è pianificabile, non può essere ingabbiato in rigidi schematismi.

Quello che stiamo attraversando è un passaggio epocale, quello da una medicina che interviene nei momenti critici di una persona, con risultati chiari, misurabili e quasi sempre risolutivi, a una medicina olistica riaffermata dalle trasformazioni sociali in atto, legata all'invecchiamento della popolazione e al dilagare delle malattie croniche.

In questa prospettiva può essere utile recuperare una celebre distinzione fatta da Platone nelle *Leggi* (857c-d), fra il medico degli schiavi e il medico che cura i liberi, per descrivere due modi diversi di lavorare e concepire l'atto medico dando un giudizio etico netto di queste due deontologie. Il medico degli schiavi, e "schiavo" lui stesso è quel professionista privo di una conoscenza approfondita e completa della natura del corpo umano e delle interazioni di questo con le leggi del cosmo, passa da un malato a un altro, dà prescrizioni senza rendere conto di quello che fa; il fine di questo medico è di tipo economico e per questo si sposta sempre alla ricerca di nuovi pazienti da curare: diviene così schiavo di quelli che sono a tutti gli effetti dei semplici clienti a cui offrire una prestazione al fine di chiedere un compenso; non fornendo spiegazioni ai suoi pazienti, non si dilunga nelle indicazioni terapeutiche, ma si limita a imporre la terapia con «l'alterigia di un tiranno» (queste le parole di Platone). Il medico libero al contrario esibisce competenze e impiega metodi dai quali pare invece privo lo schiavo, egli è il detentore di un sapere scientifico raffinato, di un sapere fare specializzato, e di un sapere essere che lo pone su un piano moralmente superiore. Egli indaga le patologie a partire dal principio, ovvero

ricercando le cause più profonde e secondo natura, ed educa il paziente al suo stesso sapere.

3. La relazione medico-paziente e formazione universitaria

Bisogna ripensare alla relazione tra medico e paziente che viene ancora insegnata nelle nostre università, che è di tipo “verticale”, con un medico che sta sopra e un paziente che sta sotto, perché i tempi sono cambiati; il paziente oggi è più informato (anche se non sempre in modo corretto), quindi bisogna andare verso una relazione di cura che avviene su un piano orizzontale, più paritario. Una delle ragioni per cui ad esempio le cure alternative hanno successo sta proprio nel fatto che puntano sull'aspetto relazionale.

Gregory Bateson (1976) ha sostenuto che “la relazione viene prima, precede” nel senso che l'essere vivente è prima di tutto in relazione e dipendente dall'altro; come il vivente non può chiudersi costitutivamente nell'egoismo, così il medico non deve fuggire dalla relazione per favorire una logica di tipo prestazionale.

È necessario pensare a una forma di apprendimento diversa da quella tipica dell'accademia, verso il recupero del dialogo socratico, caratterizzato dall'alternarsi di proposte e confutazioni, per arrivare a una riflessione approfondita e condivisa sulle esperienze: il modello dialogico socratico riafferma un modello di conoscenza basata sul processo della ricerca attiva, che crea un luogo di apprendimento collaborativo nelle organizzazioni sanitarie. In questo percorso va inserito il rapporto fra il medico e la macchina.

4. Il rapporto uomo-macchina

Un timore molto diffuso oggi è che la macchina possa soppiantare l'uomo: l'automazione, l'informatizzazione, la robotizzazione e l'IA rischiano di marginalizzare il ruolo umano nei processi produttivi, sociali e perfino in quelli culturali.

Questa non è solo una rivoluzione tecnologica ma una vera sfida antropologica; se da una parte l'IA offre potenzialità computazionali infinite, dall'altro interroga in modo profondo la natura della relazione ovvero il *to care* (prendersi cura) che va ben oltre il *to cure* (curare). Il prendersi cura è affrontare le fragilità con interventi che si realizzano nel curare una persona nella sua totalità corporea, psichica e spirituale.

L'IA analizza moli enormi di dati per identificare *pattern* statistici, questo può dare una diagnosi con estrema precisione ma non può spiegarle nel senso umano; il prendersi cura dà un senso di prossimità e ci dà la possibilità di interpretare il vissuto del paziente, di comprendere le paure e la speranza, su cui si fonda il vero rapporto di fiducia tra medico e paziente, che significa fidarsi e affidarsi.

L'IA è certamente capace di suggerire trattamenti personalizzati, ma spetta sempre al medico la responsabilità di discernere in senso etico. Ogni anno nel mondo 2,6 milioni di persone muoiono a causa di diagnosi sbagliate; è impossibile per un medico conoscere e trattare tanti casi, per questo l'IA può fornire un aiuto più che valido, può analizzare dati biologici, chimici e clinici e supportare la pratica clinica, ma l'IA non è una tecnologia sostitutiva dell'uomo, ma è uno strumento specializzato e dipendente dal contesto.

Per questo ci deve essere una trasformazione radicale della formazione e del ruolo del medico, che non sarà sostituito dall'au-

tomazione ma diventerà esperto della validazione clinica degli strumenti digitali. L'IA, a fronte di un'efficienza ineguagliabile, potrebbe, infatti, provocare un impoverimento della relazione di cura con conseguenti esiti peggiori in termini di benessere globale.

Bisogna bilanciare, dunque, l'elaborazione algoritmica dei dati con il sapere relazionale e il discernimento etico del medico; la macchina conosce l'ingegnosità pratica ma non (ancora) l'intelligenza intuitiva e creativa.

Su questo il dibattito etico, bioetico e deontologico deve coinvolgere non solo i medici ma tutti gli attori della complessa organizzazione sanitaria, filosofi compresi, intorno alla riflessione sulla natura stessa dell'uomo, esplicitando la visione antropologica aggiornata che una cultura possiede in una certa epoca e in un certo luogo.

Conclusioni

E allora quale atto e ruolo medico? Intorno a questa domanda qualche indicazione è venuta dal *position paper* presentato nel Convegno organizzato dall'OMCeO di Parma nel 2021 (OMCeO Pr 2022).

Premesso che la normativa non affida specifiche prestazioni al medico se non per prestazioni quali il consenso informato, la certificazione, la diagnosi e la prognosi, dove però si è aperta una competizione con le altre professioni sanitarie; il ruolo che deriva da una specifica formazione si fonda su competenze reali, acquisite e non soltanto curriculari, coerenti con lo sviluppo della scienza e della tecnica in un'esperienza selettiva che la nostra epoca impone.

Il medico non deve abdicare al suo ruolo nella filiera della salute per competenza specifica e per presupposti etici e deontologici con dei risultati che provengano da un lavoro collegiale fondato sulla

collaborazione multiprofessionale con il riconoscimento dei ruoli e delle funzioni e rispetto delle autonomie individuali che ne ispirano il comportamento.

Una definizione normativa dell'atto medico è ormai ineludibile; il medico è chiamato a esercitare la sua *leadership* nel sistema di cura e assistenza, nel riconoscimento della responsabilità clinica del percorso nella sua complessità fino agli esiti, che passa attraverso il governo clinico e il consenso alla cura.

Bisogna riconoscere il ruolo del medico come responsabile unico del percorso clinico del paziente e nello stesso tempo evitare che ogni decisione unilaterale amministrativa vada a incidere sugli ambiti di professionalità peculiari del suo essere e del suo agire.

La professione del medico deve sottendere, oltre il possesso di specifiche competenze, il rapporto fiduciario binario, basato sul consenso, sulla conoscenza e sull'esperienza del medico cui compete il curare e il tutelare la salute secondo un principio di responsabilità inderogabile e di garanzia nei confronti dei cittadini e dello Stato.

Dobbiamo aggiornare il nostro Codice deontologico (FNOMCeO 2014) per poi ipotizzare e quindi concretizzare un iter legislativo, nella premessa che ognuno di noi dovrebbe ricordare quello che diceva Bacone: «la scienza non deve esser passiva contemplazione, ma deve servire alla vita, bisogna tendere non al profitto, ma al vantaggio generale dell'umanità».

Riferimenti bibliografici

Bateson G. (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.

FNOMCeO (2014), Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, *Codice di deontologia medica*, <https://portale.fnomceo>.

it/wp-content/uploads/2023/08/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti_acc.pdf.

OMCeO Pr (2022), Ordine dei medici Chirurghi e Odontoiatri di Parma, *Atti del Convegno "Atto e ruolo medico dieci anni dopo. Aspetti professionali, etici e deontologici*, Parma 19 novembre 2021, in «Parma Medica», 1, <https://www.omceopr.it/wp-content/uploads/2022/09/Atto-e-ruolo-Medico-2021.pdf>.

Platone (2005), *Leggi*, BUR, Milano.

Radt S. (ed.) (1977), *Tragicorum Graecorum Fragmenta*, vol. IV, *Sophocles*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

L'atto medico

di Francesca Gambetti, Aldo Di Blasi,
Corrado Bibbolino, Mario De Caro,
Emidio Spinelli, Antonio Magi

I. Definizione generale

1. L'atto medico comprende tutte le azioni, i comportamenti, i giudizi e le deliberazioni compiute dal soggetto riconosciuto come qualificato e abilitato all'esercizio della professione medica.

2. Nell'accezione concreta, per atto medico si intende la prestazione professionale, ovvero l'esecuzione di specifici trattamenti clinici o chirurgici, di codificate procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative o di prevenzione, eseguite direttamente dal medico o da personale esperto sotto la sua responsabilità, fatta salva la responsabilità operativa specifica delle altre professioni sanitarie, nel rispetto dell'autonomia decisionale e della dignità del paziente.

3. In senso proprio, per atto medico si intende la deliberazione clinica, ovvero il giudizio diagnostico, terapeutico e riabilitativo, formulato consapevolmente dal medico in maniera libera e autonoma, nel rispetto dei valori etici e dei principi deontologici della professione. La deliberazione clinica è un atto medico esclusivo non delegabile.

4. In senso generale, per atto medico si intendono tutte le attività che un soggetto abilitato può svolgere nell'esercizio della professione, ovvero la ricerca, la formazione, l'educazione, l'organizzazione.

Tali attività oltre che direttamente dal medico possono essere svolte anche sotto la sua responsabilità da personale qualificato, fatta salva l'autonoma responsabilità delle altre professioni coinvolte che operano nell'osservanza delle regole di diligenza del proprio profilo.

5. L'atto medico ha per scopo sempre e solamente la tutela e la promozione del benessere e della salute psico-fisica, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, di individui, gruppi, popolazioni.

6. L'atto medico si fonda sulla imprescindibile relazione fiduciaria tra il medico e i destinatari (individui, gruppi, popolazioni) della sua attività, è guidato dai principi etici e deontologici, nel rispetto delle norme giuridiche vigenti.

II. Atto medico come prestazione professionale

7. L'atto medico come prestazione professionale individuale si configura come azione inserita in un sistema di regole condivise orientate alla qualità, alla trasparenza, alla verificabilità e alla coerenza.

8. L'atto medico come prestazione professionale deve essere eseguito sempre con il consenso del paziente o del suo legale rappresentante opportunamente informato in maniera corretta, esaustiva e comprensibile circa la natura, i rischi e i benefici del trattamento/procedura a cui è sottoposto. L'acquisizione del consenso o del dissenso alla prestazione professionale è un atto medico non delegabile.

9. L'atto medico inteso come prestazione professionale, quand'anche di tipo potenziativo o estetico, deve essere sempre appropriato e proporzionato all'effettivo miglioramento del benessere e della salute psico-fisica del paziente. La valutazione dell'appropriatezza dell'atto medico è determinata dalla coerenza tra evi-

denze scientifiche, bisogni assistenziali e risorse disponibili, ed è prerogativa esclusiva del medico.

10. L'atto medico inteso come prestazione professionale deve essere svolto sempre in luoghi consoni e appropriati, tali da non mettere a rischio la qualità della prestazione stessa, la sicurezza e la dignità del paziente.

11. L'atto medico inteso come prestazione professionale si svolge di norma nei luoghi fisici tradizionali, come l'ospedale, la clinica, l'ambulatorio, il domicilio del paziente; si svolge altresì nei luoghi che richiedono l'intervento d'urgenza del medico, negli spazi mediatici della comunicazione e dell'informazione, e negli spazi digitali della telemedicina, che integra e non sostituisce i luoghi tradizionali.

III. Atto medico come deliberazione clinica

12. L'atto medico in quanto deliberazione soggettiva situata appartiene in maniera esclusiva al medico, non è delegabile ad altre figure professionali, e si fonda sull'intenzionalità, l'indipendenza e l'autonomia del suo giudizio.

13. L'atto medico deliberativo si configura come giudizio sintetico soggettivo in cui si combinano conoscenze teoriche, esperienze, vissuti, capacità interpretative, valori culturali, narrazioni del paziente, condizioni ambientali e organizzative. Deve fondarsi sulle migliori conoscenze scientifiche ed evidenze disponibili, sulle Linee Guida e sui Protocolli Diagnostico-Terapeutici, sulle *best practices* clinico-assistenziali riconosciute dalla comunità scientifica; può giovare del confronto multidisciplinare, multiprofessionale, e del supporto dei sistemi di intelligenza artificiale, la cui supervisione medica resta obbligatoria.

14. L'atto medico in quanto deliberazione soggettiva si pone come sintesi inferenziale-stocastica, tra dimensione teorica universale del sapere medico e particolarità del caso clinico contingente nella sua irriducibile singolarità. La valutazione della pertinenza e dell'appropriatezza dell'adozione di Protocolli Diagnostico-Terapeutici o di percorsi clinico assistenziali al caso singolo è un atto medico deliberativo non delegabile.

15. L'atto medico in quanto processo deliberativo situato integra: a) giudizio clinico nel contesto della situazione concreta di elezione, urgenza, o emergenza, e b) considerazione degli elementi extra clinici, che comprendono il sistema organizzativo, le risorse materiali, strumentali, tecnologiche disponibili, criteri di equità, tempi di accesso, fattori sociali e ambientali.

16. La prescrizione, ai fini della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, e la diagnosi, ovvero la selezione e l'interpretazione di segni, dati, narrazioni sulla base delle migliori evidenze disponibili, sono atti medici deliberativi non delegabili.

17. L'adozione di Medicine Non Convenzionali e delle scelte nel fine vita (pianificazione condivisa delle cure, cure palliative, gestione dell'incapacità, protezione della dignità e riduzione della sofferenza) sono atti medici deliberativi non delegabili, da compiersi nel rispetto dei principi deontologici, giuridici e dell'autonomia decisionale del paziente.

IV. Atto medico come attività di ricerca, formazione, educazione e organizzazione

18. L'atto medico formativo, educativo, organizzativo e di ricerca contribuisce alla qualità dell'assistenza sanitaria; può essere svolto direttamente dal medico o affidato a personale qualificato

fatta salva l'autonoma responsabilità di chi opera nell'osservanza delle regole di diligenza del proprio profilo. La responsabilità ultima della progettazione, dell'adeguatezza dei contenuti e dell'applicazione pratica rimane propria del medico abilitato.

19. L'atto medico formativo è destinato alle diverse figure professionali della salute e ha come obiettivo l'aggiornamento delle conoscenze, delle competenze tecniche, delle capacità deliberative e delle attitudini etiche; deve essere progettato secondo criteri di qualità didattica, basato sulle evidenze, orientato alla pratica clinica e valutato in termini di efficacia e trasferibilità.

20. L'atto medico educativo si rivolge a pazienti, cittadini e comunità con lo scopo di promuovere l'alfabetizzazione sanitaria, di prevenire l'insorgere di malattie, di favorire l'adozione di corretti stili di vita, di rafforzare la partecipazione informata ai percorsi di cura e prevenzione. L'educazione sanitaria – amplificata dalle piattaforme digitali, dai social network e dai mezzi di comunicazione di massa – deve rispettare principi di chiarezza, trasparenza e di accessibilità culturale e linguistica, e deve favorire l'autonomia decisionale dei destinatari.

21. L'atto medico come attività di ricerca comprende la progettazione, la conduzione, la valutazione e la diffusione di studi scientifici volti a migliorare la conoscenza, la prevenzione, la diagnosi, le terapie e i percorsi di cura. La ricerca medica deve rispettare i principi etici della ricerca sugli esseri umani, le normative vigenti, le procedure di consenso informato, la protezione dei dati e l'integrità scientifica. Il medico che dirige o partecipa a progetti di ricerca è il garante del rigore metodologico, della supervisione adeguata e della trasparenza sui conflitti di interesse.

22. L'atto medico organizzativo comprende la progettazione, la gestione e il coordinamento dei percorsi di cura e dei servizi sanitari finalizzati alla tutela della salute individuale e colletti-

va. Provvede alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici integrati, alla pianificazione delle risorse umane e strumentali, alla gestione dei flussi assistenziali, garantendo la continuità delle cure e la presa in carico dei pazienti cronici e fragili. Persegue l'efficienza, l'appropriatezza, l'equità e la sostenibilità, la riduzione delle disuguaglianze di accesso e la tutela della dignità del paziente.

V. Disposizioni finali

23. La presente definizione intende offrire un quadro unitario e operativo dell'atto medico, utile per orientare la pratica clinica, la regolazione professionale e le politiche sanitarie. Essa si intende compatibile con le definizioni fornite dagli organi di rappresentanza medica nazionali e internazionali, e con le normative nazionali vigenti, e dovrà essere periodicamente rivista alla luce dei progressi scientifici, tecnologici e sociali.

24. L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma si impegna a promuovere la diffusione di questo documento, a renderne operativo il contenuto attraverso Linee Guida, progetti formativi ed educativi, iniziative di *governance* clinica, e a favorire il confronto multidisciplinare necessario per la loro applicazione.

Autrici e autori

M. Cristina Amoretti è professoressa associata di filosofia della scienza presso l'Università di Genova nonché membro del programma di dottorato interuniversitario in filosofia FINO. Si occupa di questioni concettuali e metodologiche in filosofia della medicina, con particolare attenzione al ruolo dei valori all'interno delle pratiche scientifiche. Tra le sue pubblicazioni: *Una scienza libera? Il ruolo dei valori nella ricerca scientifica*, Rosenberg & Sellier, Torino 2025; *Filosofia della scienza. Parole chiave* (con D. Serpico), Carocci, Roma 2022.

Corrado Bibbolino è medico chirurgo, specialista in radiologia diagnostica, già direttore della U.O.C. di Diagnostica per Immagini e direttore del Dipartimento Diagnostico, dei Servizi e di Ricerca Clinica dell'INMI IRCCS “L. Spallanzani” di Roma. Direttore de «Il Radiologo» dal 2004 al 2014 e fino al 2025 direttore onorario. Past president della sezione di etica e radiologia forense della SIRM, di cui è medaglia d'oro e socio emerito. Nel 2018 è stato insignito della Honorary Fellowship dell'American College of Radiology.

Velia Bruno è medico chirurgo, specialista in chirurgia vascolare e in igiene e medicina preventiva. Dal 2023 dirige il Centro Nazio-

nale di Clinical Governance ed Eccellenza delle Cure dell'Istituto Superiore di Sanità. Dal 2018 presiede il Nucleo nazionale di valutazione degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della Salute. Esperta nella *governance* dei servizi sanitari anche in veste di direttore sanitario aziendale, concentra la sua attività sulla medicina basata sulle evidenze, sulla gestione del rischio clinico e sull'integrazione dei percorsi di cura.

Gianfranco Damiani è professore associato in igiene generale ed applicata presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e dirigente medico nella Unità Operativa Complessa di Igiene Ospedaliera della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, dove è anche responsabile del corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche. È consigliere dell'OMCeO di Roma e componente del Comitato Tecnico Scientifico delle Società Scientifiche SIHTA, CARD e SIFoP.

Antonio Da Re è professore ordinario di filosofia morale e bioetica; coordinatore della sezione di filosofia presso il Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia, Psicologia Applicata dell'Università Padova; membro del Comitato Nazionale per la Bioetica. Tra le sue pubblicazioni: *Filosofia morale. Storia, teorie, argomenti*, 4ª ed. riveduta e ampliata, Pearson, Milano-Torino 2023; *Le parole dell'etica*, nuova ed., Pearson, Milano-Torino 2022.

Mario De Caro è professore ordinario di filosofia morale presso l'Università Roma Tre, dove è titolare della cattedra UNESCO in Ethics of Artificial Intelligence and Practical Wisdom. È regolarmente visiting professor alla Tufts University. Già Fulbright Fellow a Harvard e visiting scholar al MIT, è stato presidente della So-

cietà Italiana di Filosofia Morale e della Società Italiana di Filosofia Analitica. È presidente della Society for the Ethics and Politics of Artificial Intelligence ed esecutore letterario di Hilary Putnam.

Aldo Di Blasi è medico chirurgo, specialista in radiologia diagnostica, direttore della UOC di Diagnostica per Immagini e direttore del Dipartimento dei Servizi della ASL Roma5. Consigliere dell'OMCeO di Roma dal 2020; segretario regionale per il Lazio dell'ANAAO ASSOMED dal 2022. Docente a contratto di radiodiagnostica presso diversi atenei italiani, è autore di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali.

Marinella D'Innocenzo è esperta di organizzazione sanitaria e sviluppo organizzativo, già direttore generale di aziende sanitarie e direttore regionale salute. È docente a contratto presso Sapienza Università di Roma e presso l'Università Campus Bio-Medico. È stata consigliere del sottosegretario alla sanità e coordinatore del Comitato di Garanzia della Commissione Nazionale ECM. È socio fondatore di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale, e presidente dell'Associazione "L'AltraSanità" di Roma.

Valentina Gazzaniga è professore ordinario di storia della medicina e bioetica e presidente del Comitato Etico per la Ricerca Transdisciplinare presso Sapienza Università di Roma. La sua attività scientifica e istituzionale verte sulla storia della medicina, sulla bioetica e sulla formazione umanistica in ambito sanitario. È presidente della SISUMed. Autrice di numerose pubblicazioni scientifiche, le sue ricerche sono prevalentemente dedicate alla medicina antica e alla storia del corpo, alle questioni storiche legate al genere.

Francesca Gambetti è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Filosofia della Sapienza Università di Roma. Le sue ricerche vertono sul pensiero antico, con particolare riferimento ai presocratici e alla medicina greca. Dal 2013 al 2025 è stata segretario nazionale della Società Filosofica Italiana ets, e dal 2025 ne è vicepresidente. È stata *Head of the Secretariat* del “XXV World Congress of Philosophy” (2024); fa parte del comitato editoriale della rivista di filosofia «B@belonline» (Mimesis).

Silvia Iorio è ricercatrice (RTT) presso Sapienza Università di Roma. Insegna storia della medicina, bioetica, comunicazione in medicina, discipline legate alle *medical humanities* e all'etica globale. È membro del Comitato Etico di Ateneo, e ricopre incarichi istituzionali nel coordinamento di attività didattiche e scientifiche. La sua ricerca si concentra sulle *medical humanities*, con particolare attenzione alle dimensioni storiche ed etiche della salute e della cura, in relazione all'equità in salute e all'intersezionalità tra vulnerabilità sociale e accesso alla cura.

Andrea M. Isidori è professore ordinario di endocrinologia presso Sapienza Università di Roma e direttore della UOC di endocrinologia del Policlinico Umberto I. Conduce attività di ricerca traslazionale in endocrinologia, andrologia e metabolismo, integrando ricerca di base, innovazione diagnostica e sperimentazione clinica. Svolge regolarmente la sua attività scientifica anche in collaborazione con istituzioni internazionali quali la Queen Mary University of London e l'Università di Oxford. È consigliere dell'OMCeO di Roma.

Antonio Magi è medico chirurgo, specialista in radiologia e presidente dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e

degli Odontoiatri. Vanta una lunga carriera dirigenziale nel settore sanitario pubblico e sindacale, ricoprendo il ruolo di segretario generale nazionale del SUMAI Assoprof. È docente universitario in master di secondo livello presso atenei prestigiosi e autore di oltre 100 pubblicazioni scientifiche. Ha inoltre esperienza come giornalista pubblicista e direttore di riviste mediche.

Gaetana Natale è procuratore dello Stato italiano per cui svolge attività di difesa innanzi alle principali giurisdizioni nazionali e sovranazionali, come la Corte di Giustizia dell'UE e la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo. Consigliere giuridico del presidente dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, del Ministero dello Sviluppo Economico, è docente presso diverse Università, autrice di numerose pubblicazioni. È stata insignita del titolo di cavaliere della Repubblica italiana.

Adolfo Pagnanelli è medico chirurgo, esperto di medicina d'urgenza; ha iniziato la sua carriera presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Sant'Eugenio di Roma, per poi dirigere i DEA dell'Ospedale S. Maria Goretti di Latina e del Policlinico Casilino di Roma. Dal 2018 collabora con il Campus Bio-Medico di Roma come consulente per l'attivazione del DEA di I livello, di cui è direttore dal 2022.

Fabio Palazzo è ricercatore presso l'Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali del CNR. Esperto di economia sanitaria, in particolare nelle tecniche di valutazione relative al Technology Assessment. Collabora con il Centre for Economic and International Studies, è membro di commissioni scientifiche e gruppi di esperti in Italia e all'estero, e docente di economia

sanitaria, politica ed economia del *welfare* in diverse università e istituzioni pubbliche italiane.

Antonella Polimeni è rettrice della Sapienza Università di Roma, dove è stata preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria. Professoressa ordinaria in malattie odontostomatologiche e medico chirurgo specialista in odontostomatologia e ortognatodonzia, svolge attività di didattica e ricerca nelle patologie oro-cranio-facciali e nell'odontoiatria pediatrica. È direttore UOC di Odontoiatria Pediatrica e Odontostomatologia dell'AOU Policlinico Umberto I di Roma. Autrice di oltre seicentocinquanta pubblicazioni scientifiche, ha coordinato progetti di ricerca nazionali e internazionali.

Giuseppe Quintavalle è medico chirurgo specialista in psichiatria, direttore generale della Asl Roma 1. Attualmente ricopre l'incarico di presidente della FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere). Ha maturato una vasta esperienza nella direzione di diverse aziende sanitarie e ospedaliere, è docente di economia e gestione sanitaria presso l'Università di Tor Vergata. È stato dirigente medico presso il Ministero della Sanità responsabile delle attività ispettiva e di vigilanza in campo sanitario sul territorio nazionale.

Dalila Ranalletta è medico chirurgo specialista in medicina legale e delle assicurazioni; dottore di ricerca in scienze medico forensi, è direttore della UOC di Medicina Legale della ASL Roma1. Membro della Commissione di Programmazione della Sanità del Ministero della Salute e componente del P.e.a. "Risk Management in ambito sanitario penitenziario" del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Barbara Rossi è medico chirurgo, ricercatore presso il Centro Nazionale Clinical Governance ed Eccellenza delle Cure dell'Istituto Superiore di Sanità. Esperta nella gestione clinica specialistica e nell'ambito manageriale sanitario, fa parte di gruppi di lavoro multidisciplinari e interistituzionali per lo sviluppo di metodologie e documenti di buona pratica clinico-assistenziale. Ha collaborato a libri, monografie, poster, articoli scientifici, con interesse per ortopedia, area oncologica, medicina di genere e organizzazione dei percorsi assistenziali.

Giovanni Scarafile è professore associato di filosofia morale presso l'Università di Pisa e Liu Boming professor presso la Nanjing University (NJU). È direttore delle collane *Controversies: Ethics and Interdisciplinarity* e *Etiche applicate e antropologie filosofiche*. È vicepresidente della International Association for the Study of Controversies. Autore di numerose monografie e articoli scientifici, collabora regolarmente con «Avvenire» e ha tenuto lezioni presso numerose università straniere.

Emidio Spinelli è professore ordinario di storia della filosofia antica e prorettore per il diritto allo studio e la qualità della didattica presso Sapienza Università di Roma; è stato presidente della Società Filosofica Italiana (2016-2025) e presidente dell'Italian Organizing Committee del “XXV World Congress of Philosophy” (2024); è co-editor delle riviste «Elenchos» e «Bollettino della Società Filosofica Italiana». Numerosi sono i suoi contributi su diversi ambiti del pensiero antico, nonché su Giuseppe Rensi e sugli scritti (editi e inediti) di Hans Jonas.

Maria Grazia Tarsitano è professore associato di endocrinologia presso l'Università San Raffaele di Roma. La sua attività clini-

co-scientifica integra nella medicina traslazionale l'endocrinologia, la nutrizione clinica e i disturbi del comportamento alimentare. È consigliere dell'OMCeO di Roma. È membro del tavolo tecnico del Ministero dell'Università e della Ricerca per la riforma della formazione medica specialistica. È autrice di numerose pubblicazioni, associate editor e membro di editorial board di riviste indicizzate internazionali.

Bruno Zuccarelli è medico chirurgo, specialista in malattie dell'apparato cardiovascolare, in ematologia e in scienze dell'alimentazione. Presidente dell'OMCeO di Napoli, dirige dal 1999 il Centro di Medicina Trasfusionale del "Monaldi" di Napoli. Docente a contratto presso l'Università Federico II di Napoli, e dirigente ANAAO Assomed. È stato giudice onorario presso il Tribunale dei Minori di Napoli, autore di oltre cinquanta pubblicazioni scientifiche e organizzatore di numerosi convegni nazionali e internazionali.

Scienze storiche, filosofiche, pedagogiche e psicologiche

dello stesso argomento nel catalogo tab

Marilena Ferretti, Annamaria Perino, *Introduzione alle cure palliative. Approcci, attori, esperienze*, 978-88-9295-599-8 (ISBN edizione digitale 978-88-9295-621-6)

Barbara Cerri, Alberto D'Auria, *Medici al sicuro. Come sopravvivere in ospedale: guida pratica per medici*, 979-12-5669-387-0 (ISBN edizione digitale 979-12-5669-388-7)



Etica e atto medico. Riflessioni e proposte
a cura di Francesca Gambetti
prefazione di Antonella Polimeni
presentazione di Antonio Magi

direttore editoriale: Mario Scagnetti
editor: Annalisa Maniscalco
redazione: Giuliano Ferrara
progetto grafico: Sara Pilloni

