

d!

d!rigenza medica

Il mensile dell'Anaa Assomed



CONVEGNO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

Ma CHE COLPA ABBIAMO NOI?

I confini della responsabilità professionale in sanità

A pagina 5

L'inserto con il resoconto
del convegno dell'Area
Formazione Femminile
e della Fondazione Piero Paci



Medici, ingegneri e IA. Protagonisti del cambiamento delle cure

PRIMO
EVENTO
FORMATIVO
AFF

Il passaggio epocale all'Intelligenza Artificiale in Medicina avviene nel momento di sua più grave crisi, ma anche di grandissima innovazione, e rende non più rinviabile la necessità di un confronto tra i vari attori operanti sulla stessa scena, tanto ambita quanto resa vuota di mezzi e risorse umane.

L'Area Formazione Femminile e la Fondazione Piero Paci hanno risposto a questa esigenza dando vita a un dibattito di cui riportiamo in questo inserto alcuni interventi.

Medici, ingegneri e IA. Protagonisti del cambiamento delle cure

Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

Sede di Roma:
Via San Martino della Battaglia, 31
Tel. 06.4245741
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Pierino Di Silverio

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Adriano Benazzato
Simona Bonaccorso
Flavio Civitelli
Fabiana Faiella
Alessandro Grimaldi
Domenico Iscaro
Filippo Larussa
Giammaria Liuzzi
Giosafatte Pallotta
Chiara Rivetti
Elena Silvagni
Alberto Spanò
Emanuele Stramignoni
Anna Tomezzoli
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

Editore
Homnya srl
Sede legale:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@homnya.com

Ufficio Commerciale
info@homnya.com
Tel. +39 06 45209 715

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)
Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002. Anno XXIV

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96

Finito di stampare
nel mese di giugno 2025

I confini della
responsabilità
professionale
in sanità.

Ma che colpa abbiamo noi?

**Convegno
Anaa
Assomed**

Pagine a cura di
**SILVIA PROCACCINI
VALERIA BOTTONI**

Una giornata importante che ha visto il sindacato, il Governo, la politica, le istituzioni e il mondo dell'associazionismo confrontarsi su un tema delicato. La responsabilità medica è e resta un punto nodale nell'attività quotidiana dei camici bianchi, capace di condizionare le regole dell'efficacia e della stabilità della professione. Un medico insicuro perché soggetto a mille pressioni non può garantire il livello di tranquillità necessario al suo lavoro e ai pazienti che a lui si rivolgono. Cosa fare per distendere il clima che si respira oggi nelle corsie e non solo? L'Anaa Assomed ha messo sul piatto risposte

concrete, offrendo alcune soluzioni ai suoi interlocutori. Per scoprire che forse guardare nella stessa direzione è possibile più di quanto si immagini e che bisogna partire proprio dalle convergenze per giungere a soluzioni condivise.

In queste pagine vogliamo riproporre i momenti salienti del Convegno organizzato dall'Associazione, riportando le parole e le posizioni dei convenuti per offrire spazi e spunti di riflessione.

Vi chiediamo di condividerle con noi scrivendo a ufficiostampa@anaao.it
Buona lettura!



**La proposta
Anaa
Assomed**

Responsabilità professionale medica alla francese.

**Non chiediamo sconti, ma un sistema
più equo per pazienti e professionisti**

“Introduciamo anche in Italia il modello francese cosiddetto ‘no fault’ che permette ai pazienti di ottenere un risarcimento per danni derivanti da trattamenti medici senza dover dimostrare la loro colpa e ai professionisti di lavorare con maggiore serenità”.

Questa la proposta dell'Anaa Assomed presentata nel corso del convegno.

“Molti paesi in Europa – ha sottolineato il Segretario Nazionale Anaa Assomed Pierino Di Silverio - hanno sostituito il concetto di risarcimento con il concetto di indennizzo, che non presuppone

la ricerca di un colpevole e salvaguarda i diritti dei cittadini. Ed è proprio questo il modello che vorremmo mutuare al quale riconosciamo alcuni punti di forza: riduzione del carico psicologico sui medici legati alla paura di essere processati per errori o imprevisti; incentivi alla collaborazione e alla comunicazione tra medici e pazienti, incoraggiando una maggiore trasparenza e fiducia reciproca; riduzione dei costi legali e dei processi liberando risorse per la cura; maggiore attenzione alla prevenzione degli errori medici, attraverso la formazione e l'adozione di protocolli più efficaci;



tutela della reputazione professionale evitando che singoli errori possano compromettere la loro carriera”. “In base a questo modello – ha spiegato Di Silverio – il paziente può scegliere di ottenere un indennizzo economico rinunciando a intraprendere un’azione legale: in questo modo ha la certezza di venire risarcito (98 per cento dei casi approvati da una commissione) e al tempo stesso contribuisce a snellire tempi di attesa e file nei tribunali”.

“Nel frattempo, invece nel nostro Paese – ha proseguito Di Silverio – la riforma della responsabilità professionale viaggia su un binario morto. Dopo il flop della Commissione D’Ippolito, orfana di medici, che ha portato a un documento sonoramente bocciato dalla categoria, non c’è più traccia di un intervento che possa contribuire a distendere il clima che si respira nelle corsie. Non certo per rendere impuniti i professionisti, ma per creare un sistema di responsabilità professionale più equo ed efficiente, che garantisca la tutela dei pazienti e la serenità dei medici, senza escludere la possibilità di gestire correttamente eventuali errori”.

“**Da queste considerazioni** è nata l’idea di un momento di confronto con la politica, le istituzioni, le associazioni dei pazienti. E il titolo scelto per il nostro convegno racchiude in sé il grido di allarme di una categoria che è messa sotto assedio, aggredita su più fronti e spesso lasciata sola.

Non possiamo tacere che troppi avvocati cercano la via facile per la colpa medica anche dove non esiste, proponendo contenziosi fantasiosi.

Non possiamo tacere che i datori di lavoro non applicano le leggi esistenti. Quante aziende si sono realmente costituite parte civile a fianco del proprio medico in caso di contenzioso? Quante applicano la legge 81 del 2008 al fine di garantire un luogo di lavoro sicuro? Poche, pochissime.

Dobbiamo stabilire un confine chiaro: dove finisce la mia responsabilità? Non possiamo essere responsabili di tutto e aggredibili su tutto, senza una definizione precisa dell’atto medico e delle sue implicazioni.

Chiediamo una legge che ci permetta di operare con una tranquillità diversa, una legge che intervenga prima che arrivi un avviso di garanzia, non dopo.

Come Anaa, abbiamo iniziato un percorso anni fa per riportare il medico al centro, per ricostituire la sicurezza delle cure, che passa necessariamente attraverso una ridefinizione della colpa medica.

Insisteremo senza sosta, per ottenere i diritti che ci spettano, per costruire un ambiente di lavoro migliore mondo migliore e difendere una sanità pubblica accessibile a tutti.

Il Ministro Schillaci: “Scudo penale stabile entro il 2025”

“

Serve un patto tra medici, operatori sanitari e pazienti, per rinnovare e ricostruire al meglio il Ssn con empatia e fiducia

“**Bisogna ricostruire il rapporto di fiducia** tra medico e paziente, un rapporto mutato perché sono modificate le condizioni e la sanità. Negli ultimi anni è accaduto anche a me durante l’attività clinica di trovarmi di fronte pazienti informati, che su Internet hanno trovato tutto e il contrario di tutto, pensando a volte erroneamente di saperne di più di noi. I medici sono stati sempre pronti a confrontarsi con i cambiamenti. Serve un patto tra medici, operatori sanitari e pazienti, per rinnovare e ricostruire al meglio il Ssn con empatia e fiducia. Rispetto alle denunce verso i medici forse non va usato il termine depenalizzazione, non c’è nessuno sconto per nessuno, e non c’è la volontà di togliere le garanzie al malato. Chi lavora può sbagliare e succede anche ai più esperti. Se c’è l’errore è giusto risarcire i pazienti e nessuno si tira indietro. Serve una legge che dia sicurezza agli operatori sanitari e non tolga nulla ai malati che si trovano ad aver subito un errore che fa parte di ogni mestiere.

Da medico conosco l’argomento e me ne sono molto interessato quando ero Rettore a Tor Vergata. I medici non se lo meritano, lavorano e sostengono il Ssn, che io difendo. Il nostro è un modello unico che va preservato. Credo che si debba affrontare il problema dello scudo penale, penso al pronto soccorso e alle chirurgie dove ci sono difficoltà legate all’organizzazione e il medico non merita di trovarsi davanti a denunce penali. Quando al medico arriva un avviso di garanzia gli crolla il mondo addosso e questo mina la sua sicurezza nel lavoro, può generare sensi di colpa immeritati e il sistema diventa più fragile. C’è quindi il mio impegno per lavorare su questo tema e, considerando che ci sono diversi veicoli legislativi, cercheremo il più opportuno per rendere stabile entro la fine dell’anno lo scudo penale che è in scadenza. Vogliamo dare sicurezza ai medici”.

1 MEDICO SU 3

ha subito una denuncia penale e/o civile

Ma solo il 3% viene condannato

Analizzando i numeri nel dettaglio emerge con chiarezza la gravità della situazione.

Un medico su 3 ha ricevuto una denuncia. Di tipo penale nel 43,6% dei casi, civile nel 30,8% e addirittura di entrambe le tipologie nel 25,6%. Ed è la chirurgia ad essere nel mirino della magistratura con oltre l'82% dei casi segnalati. I più colpiti sono gli uomini over 55 anni che lavorano in ospedali con meno di 500 posti letto. Si vive un clima di caccia alle streghe al punto che almeno 1 camice bianco su 3 pensa di licenziarsi e il 47% rinuncia a ruoli di maggiore responsabilità.

Questi i dati che emergono dalla survey condotta dal Centro Studi dell'Anaa Assomed su un campione rappresentativo di camici bianchi equamente distribuito tra uomini e donne in età compresa tra i 25 e 65 anni con una anzianità di servizio che va dall'ingresso alla pensione.

Rispetto ai procedimenti giudiziari conclusi, solo il 3% circa si è risolto con una condanna. Ma a che prezzo? L'imbocco del tunnel di un processo civile e penale costituisce una penosa esperienza professionale e umana nella quale si passa, grazie anche a una disinvoltata pressione mediatica, da indagato a imputato a condannato, prima ancora che il processo sia iniziato. La maggioranza dei casi si conclude con l'assoluzione. Oggi i profili di responsabilità professionale si muovono lungo il sentiero angusto delineato dell'intersecarsi di 4 codici (deontologico, disciplinare, civile e penale), senza che sia chiaro il primato di ciascuno e le relazioni tra di loro.

Il 32,8% dei rispondenti ha dichiarato di aver ricevuto almeno una denuncia (civile e/o penale) nel corso della propria attività professionale. Denunce di tipo penale nel 43,6% dei casi, civile nel 30,8% e addirittura di entrambe le tipologie nel 25,6%. Il 22,3% riporta di avere ricevuto almeno una denuncia pena-



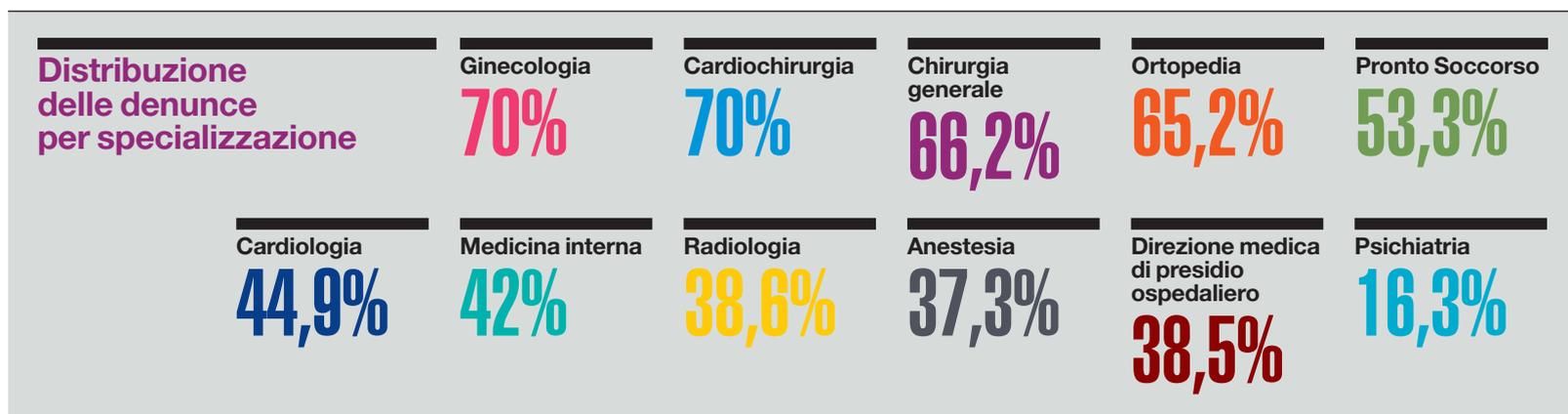
Carlo Palermo
Presidente Nazionale
Anaa Assomed

I medici e i dirigenti sanitari sono soggetti a una pluralità di responsabilità: civile, penale, erariale, deontologica e disciplinare che condizionano pesantemente il loro lavoro. Per dotare i professionisti di una bussola è necessario cambiare il paradigma: uscire dal concetto di colpa che grava sul singolo, dalla ricerca ossessiva della negligenza per puntare al più sano obiettivo del risarcimento in tempi rapidi. Così facendo il modello organizzativo trarrà benefici dall'abbattimento della medicina difensiva con il carico di costi che si trascina.



Filippo Anelli
Presidente Fnomceo

Nonostante i passaggi definiti dalla commissione D'Ippolito istituita dal Ministero di Giustizia per lo studio e l'approfondimento delle problematiche relative alla colpa professionale medica, il grido "Ma che colpa abbiamo noi" risuonerà finché non si affronterà seriamente questo tema. Depenalizzare è un passo imprescindibile per il futuro della professione medica e per una giustizia più equa.



le nel corso della propria carriera, il 35,6% di loro più di una denuncia. La distribuzione per macro-area disciplinare vede al primo posto la Area chirurgica: 239 su 393 (60,8%), seguita da Area medica: 296 su 929 (31,9%) e Area dei servizi: 89 su 584 (15,2%).

La distribuzione geografica segna una prevalenza al Sud e Isole con una percentuale del 39,8%. Al secondo posto il Centro Italia (38,2%), e al terzo posto Nord (27,2%).

Se guardiamo, poi, alla loro distribuzione in base alla dimensione della struttura ospedaliera, il primato spetta agli Ospedali con meno di 500 posti letto (37,6%), seguiti da quelli dotati di un numero di posti letto compresi tra a 500 e 1000 32,2%. Quelli con oltre 1000 posti letto registrano il tasso più basso (28,4%).

La chirurgia: un'area ad alto rischio giudiziario

È nell'ambito chirurgico che si registra il tasso più elevato di denunce. In alcune specialità come ginecologia, ortopedia e chirurgia generale, la probabilità di essere denunciati supera il 65%, raggiungendo in ginecologia e cardiocirurgia addirittura il 70%. In altre parole, 7 professionisti su 10 che operano in queste discipline hanno avuto almeno una volta a che fare con un procedimento legale. Un dato che evidenzia quanto la chirurgia, per la sua natura invasiva e ad alta complessità, sia particolarmente esposta al contenzioso.

Le differenze tra aree disciplinari e geografiche

Anche considerando le grandi aree di specializzazione, la chirurgia si conferma la più colpita, con un tasso di denuncia doppio rispetto alla area internistica (60,8% vs 31,9%). I servizi (radiologia, anestesia, psichiatria, ecc.) si mantengono invece su valori decisamente più contenuti (15,2%). Dal punto di vista geografico, emerge un gradiente crescente da nord a sud: si passa dal 27,2% del nord al 39,8%

Numero di denunce in base a sesso, anzianità di servizio e area professionale

Donne in area chirurgica con > 20 anni di anzianità

71,1%

Uomini in area chirurgica con > 20 anni di anzianità

86,2%

Totale (M+F) area chirurgica > 20 anni di anzianità

82,3%

“

I risultati della Survey delineano un quadro di grande tensione per chi lavora nella sanità pubblica italiana, soprattutto per i medici che operano in ambiti ad alta intensità tecnica e decisionale

del sud e isole, con un picco del 65,9% nella sola area chirurgica meridionale. È difficile non interrogarsi sulle cause di questa disparità: carenze strutturali, sovraccarico dei servizi, contesto socio-economico e fiducia nei confronti del sistema sanitario potrebbero tutti giocare un ruolo.

Anzianità di servizio e genere

L'esperienza non protegge. Anzi, tra i professionisti con oltre 20 anni di carriera, i tassi di denuncia crescono sensibilmente, soprattutto in ambito chirurgico. Il dato più impressionante riguarda i chirurghi uomini con lunga anzianità: l'86,2% ha subito almeno una denuncia. Se si considerano uomini e donne insieme, la percentuale scende poco: oltre 8 su 10 (82,3%).

Questo significa che più di 6 chirurghi uomini su 7, e 5 chirurghi di qualunque genere su 6, con almeno vent'anni di attività, sono stati oggetto di un procedimento giudiziario. Si tratta di numeri che non possono essere considerati fisiologici, ma che segnalano una situazione strutturalmente critica.

Strutture piccole, rischio maggiore

Anche la dimensione dell'ospedale sembra influire sul rischio di denuncia: i professionisti che lavorano in strutture con meno di 500 posti letto riportano una frequenza di denunce significativamente più alta (37,6%) rispetto a chi opera in ospedali più grandi (28,4% oltre i 1000 posti letto). Probabilmente, nei contesti più piccoli, la minore disponibilità di risorse, la carenza di personale e l'assenza di équipe strutturate aumentano il rischio di errore e la vulnerabilità legale.

“**I risultati della survey** – commenta Pierino Di Silverio Segretario Nazionale Anaa Assomed – delineano un quadro di grande tensione per chi lavora nella sanità pubblica italiana, soprattutto per i medici che operano in ambiti ad alta intensità tecnica e decisionale. L'alto numero di denunce – anche penali – suggerisce non solo un aumento del contenzioso, ma anche un

clima di sfiducia e di conflittualità tra cittadini e sistema sanitario. Nessuna meraviglia se l'85% di chi ha partecipato alla survey si sente a maggior rischio nella attività lavorativa e il 90% confessi di avvertire una pressione maggiore. Al punto da avere pensato a licenziarsi o collegarsi su 3 e a rinunciare a ruoli di maggiore responsabilità, avvertiti come di maggior rischio, nel 47% dei casi”. “La questione delle denunce – prosegue Di Silverio – non è solo un problema individuale, ma sistemico. È necessario avviare una riflessione profonda sulle condizioni di lavoro dei medici, sulle politiche di tutela professionale, sulla formazione e sul dialogo con i pazienti, per prevenire il contenzioso e restituire serenità a chi ogni giorno garantisce cura e assistenza”.

“L'Anaa Assomed ritiene sia interesse di tutti governare un fenomeno che è parte costitutiva dell'obbligo di garantire i Lea a tutti i cittadini del Paese per rispondere nel migliore dei modi al diritto alla sicurezza delle cure per i cittadini e gli operatori”.

“Dopo la Legge 24/2017 Gelli-Bianco, che ha certo segnato passi avanti, specie sul piano della responsabilità civile, servono – a giudizio di Di Silverio – nuovi strumenti legislativi, quali la definizione di nuovi principi in tema di formazione dell'albo dei consulenti tecnici; il passaggio ad un sistema assicurativo no fault, sul modello francese e scandinavo, svincolato dalla necessità di provare le responsabilità, al fine di ridurre il contenzioso legale; un diverso inquadramento penale della responsabilità medica; un maggiore ruolo riconosciuto al GIP”.

“Ma servono anche – conclude Di Silverio – nuovi approcci culturali, a cominciare dal riconoscimento dell'inevitabile peculiarità della professione medica e delle sue caratteristiche di specificità ed interesse sociale nonché delle crescenti difficoltà del contesto in cui essa oggi si esprime. Come ha, peraltro, riconosciuto il provvedimento legislativo sullo 'scudo penale', sia pure per un periodo limitato”.

Convegno
Area Formazione Femminile
Anaa Assomed /
Fondazione Pietro Paci

Torino
28 febbraio 2025

Medici, ingegneri e IA. Protagonisti del cambiamento delle cure

PRIMO
EVENTO
FORMATIVO
AFF

Il passaggio epocale all'Itech in Medicina avviene nel momento di sua più grave crisi, ma anche di grandissima innovazione, e rende non più rinviabile la necessità di un confronto tra i vari attori operanti sulla stessa scena, tanto ambita quanto resa vuota di mezzi e risorse umane.

L'Area Formazione Femminile e la Fondazione Pietro Paci hanno risposto a questa esigenza dando vita a un dibattito di cui riportiamo in questo inserto alcuni interventi.



Con la collaborazione di



IA e sanità: per governare il cambiamento dobbiamo partire dai professionisti

SANDRA MORANO

Coordinatrice Area Formazione Femminile
Anaa Assomed

DURANTE LA V CONFERENZA ANAAO DONNE, svoltasi a Firenze a novembre 2024 ("Le ragioni delle donne che curano contro la sanità disuguale"), grazie a un fortunato incontro tra professionisti ed esperti, si è creata un'opportunità dove clinica, etica e ingegneria biomedica hanno rappresentato l'intersezione di più insiemi.

L'evento "Il cambiamento della scena di cura, Medici, Ingegneri, Intelligenza Artificiale" è nato quindi, ospite l'OMCEO di Torino, come una giornata di studio per fornire a vecchi e nuovi protagonisti della scena di cura anzitutto uno sguardo sui reciproci background.

Attraverso l'Area Formazione Femminile il sindacato ha per la prima volta instaurato un dialogo con molte delle personalità più preminenti dell'IA in Italia, con la partecipazione anche della professoressa Franca Melfi, prima chirurga robotica in Italia. La cifra degli eventi formativi AFF anche questa volta è rappresentata da uno scambio bidirezionale tra esperti di varia estrazione. Il contributo di ingegneri provenienti dai Politecnici di Torino e Milano ci ha aiutato a raggiungere l'obiettivo di avvicinare criticamente il nostro mondo alla cultura tecnologica, ai macro-criteri di proget-

tazione dei dispositivi medici, agli scopi finali e ai rigorosi iter di validazione necessari a garantire sicurezza e performance nelle diagnosi e nei percorsi di cura. Viceversa, anche per coloro che operano nel campo biomedico e ingegneristico era fondamentale riflettere e riconsiderare il concetto di *cura*, inteso come l'espressione più alta del benessere per l'individuo. Questi tecnici, pur frequentando spesso i nostri luoghi (sale operatorie, laboratori, direzioni sanitarie), non hanno occasione di vivere la complessità e molto spesso la drammaticità del quotidiano lavoro del medico. I contributi delle Medical Humanities, con l'aiuto del mezzo filmico (medicina narrativa) sono stati il terreno ideale per trasmettere anche a chi è al di fuori della formazione medica i problemi che vecchi e giovani medici e dirigenti sanitari devono affrontare in questa fase che ci sta traghettando verso un futuro incerto e poco roseo. Tra questi, oltre alla deprivazione di mezzi e supporti, sono stati giustamente focalizzati storici nodi che da tempo affliggono i medici e che oramai si ripropongono senza che anche attraverso l'IA si intravedano soluzioni efficaci: il tema dell'errore versus speranza di infallibilità tecnologica, la deontologia medica, la didattica della medicina e l'applicazione di machine learning in sanità. Un work in progress che ha messo in condizione ingegneri, computer scientist e altri tecnici nella rete sociale del progetto di cura, di mostrare - e anche smascherare - il loro ruolo in questa partita. In conclusione, il cambiamento della scena della cura vede l'IA principale protagonista di fronte a un SSN pallido e incerto, sostenuto in massima

parte dalla presenza e azione di un convinto associazionismo di medici e dirigenti sanitari. Per questo, come testimoniano le innovazioni già largamente in uso in tutte le sedi assistenziali e di ricerca, e i sempre più diffusi interventi divulgativi (https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=129730) è oggi più che mai necessario sviluppare attenzione e confronto alla pari verso i nuovi attori di questo scenario. E allo stesso tempo non sono più rimandabili appropriate riflessioni e azioni in ambito medico e sindacale, miranti a governare un cambiamento che mai come oggi non può che partire proprio dall'interno, da quegli stessi scenari che scandiscono le aspettative, il ruolo e le motivazioni di chi sceglie il lavoro di cura.

Un'ultima, ma non per importanza, doverosa riflessione sull'incedere concomitante, negli ultimi decenni, di IA e protagonismo femminile in Sanità. Due strade lunghe e parallele a dimostrazione che se oggi non si può fare a meno della IA, e la medicina non può esistere senza medici, l'intero scenario non può più ignorare una transizione di genere che a sua volta apre ancora più inediti orizzonti alle possibilità offerte dal progresso tecnologico. Soprattutto in un futuro ridisegnato dall'apporto della IA, le donne saranno sempre più determinanti per la tensione a migliorare le condizioni della sanità senza nascondersi la grave crisi che la attraversa. E saranno sempre più indispensabili nel sindacato per ribadire la centralità dell'insostituibile lavoro di medici e dirigenti sanitari.

SCENA E SCENE DELLA CURA

AI: storia, evoluzione e scenari futuri

ERIC A. ZIZZI

Polito^{BIO}Med Lab, Dip. di Ingegneria Meccanica e Aerospaziale, Politecnico di Torino

NEL 1956, durante il Dartmouth Workshop, John McCarthy conia il termine "Artificial Intelligence", sancendo la nascita del campo dell'Intelligenza Artificiale (IA). Storicamente, i primi sistemi IA rappresentavano tentativi di emulare l'intelligenza umana mediante regole prestabilite che determinavano sequenze d'azioni corrette in specifici contesti.

Recentemente, l'IA ha subito evoluzioni importanti, mostrando capacità sorprendenti nella soluzione di problemi complessi. Giova a tal proposito chiarire la differenza tra Intelligenza Artificiale (IA), Machine Learning (ML), e Deep Learning (DL). L'IA comprende tutta l'emulazione di comportamenti intelligenti nei computer. Il ML, sottogruppo dell'IA, include gli algoritmi capaci di apprendere osservando dati, in modo simile agli umani. Il DL, sottogruppo del ML, utilizza reti neurali artificiali per elaborare ed estrarre pattern dai dati, con una struttura concettualmente simile al cervello umano.

Tra le applicazioni più promettenti dell'IA spicca certamente l'ambito medico-sanitario. Qui, l'IA ha un potenziale ancora largamente inesplorato nei processi diagnostici, prognostici e terapeutici. Gli algoritmi di IA in ambito medico possono infatti aiutare a determinare la necessità di un'azione clinica (se agire - diagnosi), oppure possono fornire raccomandazioni e previsioni (come agire - prognosi, terapia). Nel primo caso, si delega alla macchina l'individuazione di una data condizione, sollevando l'umano dal compito della mera identificazione della presenza/assenza del problema e permettendogli dunque di focalizzarsi sulle azioni successive. Nel secondo caso si chiede invece all'IA di fornire previsioni, cioè le probabilità che un evento non ancora avvenuto si realizzi in futuro.

I progressi recenti dell'IA nel contesto medico sono ben documentati (si veda ad es. McKinney et al. 2020; Kim et al. 2020; D'Ascenzo et al. 2021), con crescente interesse verso i cosiddetti modelli linguistici (LLM) come GPT-4. Rimane tuttavia significativo il cosiddetto "divario dell'IA" (*AI chasm*), cioè il divario tra le potenzialità teoriche dell'IA e la sua per ora scarsa adozione nella pratica medica. Questa contraddizione può essere meglio compresa alla luce di alcuni importanti idiosincrasie. Ad esempio, lo studio *MedAlign* del 2023 ha messo in luce le incertezze e le complessità intrinseche del processo decisionale umano in ambito medico: quando un LLM (GPT-4) suggeriva decisioni cliniche sulla base di dati forniti, gli esperti umani chiamati a valutare tale decisione risul-



tavano metà in accordo e metà in disaccordo con l'IA, senza raggiungere un consenso. In parte, ciò può essere attribuito ad una fondamentale dicotomia tra il paradigma decisionale *umano* e quello *artificiale*. Si prenda come esempio la classificazione di un'immagine medica, cioè determinare la presenza/assenza di lesioni. L'esperto umano classifica l'immagine in base non solo ai *dati di input*, cioè l'immagine in sé, ma anche in base a una serie di *informazioni contestuali*, tra cui (a) la propria conoscenza pregressa; (b) la propria esperienza ed intuizione clinica; (c) il contesto sociale e demografico; (d) altri fattori personali, emotivi o finanche legali. Unendo dunque i *dati di input* (l'immagine) alle *informazioni contestuali*, l'umano giunge ad una conclusione e classifica l'immagine come *lesione presente* oppure *lesione assente*. D'altro canto, un sistema di ML progettato per lo stesso compito, nella fase di allenamento, avrebbe accesso solamente ad un certo numero di immagini precedentemente classificate; avrebbe cioè il compito di ricostruire *a posteriori* l'insieme di criteri che hanno portato alla determinazione della *presenza* o *assenza* di lesioni. In altre parole, l'algoritmo di ML ha accesso solamente al prodotto finale del processo decisionale umano, cioè le immagini correttamente classificate, che rappresentano il risultato della distillazione della conoscenza umana in un indicatore binario (lesione assente/presente). In altri termini, l'esperto medico si affida ad un tipo di razionalità *ecologica*, che fa leva sull'intuizione selettiva e informata dal contesto, sull'esperienza e sulla capacità di mettere in dubbio le proprie conoscenze (*umiltà epistemologica*). L'IA, al contrario, opera attraverso un tipo di razionalità *statistica*, elaborando vasti insiemi di dati senza comprensione del contesto o dubbio rispetto ai propri processi decisionali. Questo si traduce in una fondamentale differenza di obiettivi: l'obiettivo dell'umano (medico) è la *cura*, bilanciando complessi vincoli

del mondo reale, mentre l'IA ha come obiettivo un'ottimizzazione puramente matematica (la *minimizzazione dell'errore*). Riconoscere e contrastare gli errori di un algoritmo di IA diventa dunque una sfida fondamentale, dovuta *in primis* proprio a questa dicotomia nel processo decisionale (Tikhomirov et al. 2024).

In aggiunta, è necessario affrontare importanti sfide normative nell'impiego dell'IA, in particolare data la natura di scatola nera ("black-box") di molti algoritmi di ML. La difficoltà nell'interpretare e comprendere i meccanismi alla base delle decisioni dell'IA complica infatti la determinazione dei profili di responsabilità (anche medico-legale), sottolineando l'urgente necessità di approcci all'IA spiegabili.

Per rendere l'IA realmente d'impatto in ambito medico-sanitario è dunque fondamentale una sinergia collaborativa tra tutte le professioni coinvolte, quali medici, ingegneri, legislatori e *policy-maker*, nonché utenti finali. Il raggiungimento di un'integrazione significativa, e quindi di giungere ad un'IA realmente *rilevante*, richiede uno sforzo collettivo e una comprensione multidisciplinare dei suoi meccanismi, dato che il successo dell'adozione dell'IA va ben oltre il semplice sviluppo degli algoritmi.

Tecnologia e Medicina: Prototipo, Prodotto, o Dispositivo Medico?

LUCA RADICE

Ingegnere esperto in certificazione DM, consulente senior

NEGLI ULTIMI ANNI, il mondo della salute ha vissuto una rivoluzione silenziosa ma profonda. L'evoluzione tecnologica, il progresso dell'intelligenza artificiale (AI) e la crescente interdisciplinarietà e complessità della materia stanno trasformando radicalmente lo scenario di cura. Oggi, la progettazione dei dispositivi medici non è più solo un compito tecnico: è il frutto di una collaborazione sempre più stretta delle competenze specifiche di medici e Ingegneri Biomedici.

IL CONTRIBUTO DELL'INGEGNERE BIOMEDICO

L'Ingegnere Biomedico si è dimostrata una figura chiave nella sanità del futuro. Il suo contributo non si limita alla progettazione dei dispositivi medici in senso stretto, ma si estende a tutto il ciclo di vita della tecnologia, dalla concezione alla validazione clinica.

Oggi, l'Ingegnere Biomedico lavora a stretto contatto con i clinici per identificare bisogni reali e tradurli in specifiche funzionali. È responsabile dell'usabilità dei dispositivi, della sicurezza, della prestazione, dell'interoperabilità con altri sistemi e del rispetto delle normative nel processo di trasformazione da idea di nuovo prodotto a prodotto utilizzabile nella pratica clinica. Inoltre, gioca un ruolo cruciale nell'integrazione dell'intelligen-

za artificiale nei dispositivi, collaborando per sviluppare modelli affidabili e clinicamente rilevanti. Un aspetto sempre più centrale è la **co-progettazione**, ovvero la creazione di soluzioni con il diretto coinvolgimento degli utilizzatori finali. L'Ingegnere Biomedico diventa così facilitatore del dialogo tra tecnologia e pratica clinica, capace di comprendere il linguaggio medico e tradurlo in soluzioni ingegneristiche efficaci.

Anche nella fase di validazione clinica, l'Ingegnere Biomedico interviene con protocolli rigorosi, contribuendo alla raccolta di dati clinici utili per valutare le prestazioni del dispositivo in condizioni reali. La sua formazione multidisciplinare — che integra ingegneria, biologia, ergonomia e normativa — è ciò che lo rende indispensabile nei team che progettano l'innovazione in sanità.

LA COLLABORAZIONE TRA PROFESSIONISTI

Il cuore di questa trasformazione è la collaborazione. Medici e Ingegneri Biomedici devono parlarsi, capirsi e lavorare insieme sin dalle fasi iniziali dello sviluppo tecnologico. Le soluzioni più efficaci nascono da team misti, in cui ogni professionista porta il proprio punto di vista: il medico fornisce il contesto clinico, l'Ingegnere Biomedico traduce le esigenze in soluzioni tecniche, l'AI è uno strumento innovativo in grado di aggiungere valore se usata in modo clinicamente significativo.

Solo così si può arrivare a dispositivi realmente utili e sostenibili.

VERSO UN SISTEMA INTEGRATO

Il futuro della sanità sarà sempre più interconnesso. Lo sviluppo di nuove tecnologie renderà necessario un dialogo continuo tra scienza medica e ingegneria. Occorre formare figure professionali che uniscano alla conoscenza specialistica le capacità pratiche necessarie in un contesto reale, professionisti capaci di operare a cavallo tra le discipline. In questo nuovo ecosistema, il miglioramento della qualità di vita rimane l'obiettivo comune.

CONCLUSIONE

La trasformazione dello scenario di cura non è solo tecnologica: è culturale. Richiede apertura, formazione continua e una visione condivisa. Medici e Ingegneri Biomedici non sono attori isolati, ma componenti di un unico sistema che lavora per il benessere delle persone. Solo attraverso la collaborazione possiamo affrontare le sfide future della medicina, rendendo la tecnologia un alleato, e non un problema in più da gestire.

Il cambiamento della scena di cura: uno sguardo di genere

CHIARA RIVETTI

Segretaria Regionale Anaa Assomed Piemonte

NEGLI ULTIMI dieci anni, il volto della medicina in Italia ha subito un'evoluzione significativa, soprattutto dal punto di vista della rappresentanza

femminile. Le studentesse iscritte ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia sono aumentate progressivamente, fino a rappresentare oggi la netta maggioranza degli iscritti. Questo cambiamento si riflette inevitabilmente anche nella composizione del personale sanitario all'interno del Sistema Sanitario Regionale (SSR) del Piemonte, dove la presenza femminile tra i medici è sempre più rilevante.

NEL 2024, le donne costituiscono il 56% dei dirigenti medici, una percentuale stabile rispetto al 2023. Questo dato è indicativo di un'inversione rispetto a dieci anni fa, quando nel 2014 le donne rappresentavano solo il 48% contro il 52% degli uomini. Tuttavia, questa crescita non è uniforme nei diversi livelli di responsabilità. Le donne sono ancora sottorappresentate nei ruoli apicali: solo il 46% dei responsabili di struttura semplice sono donne, mentre la percentuale scende al 25% per i responsabili di struttura complessa. Questo significa che una sola donna su quattro arriva oggi a ricoprire incarichi dirigenziali di vertice, nonostante rappresenti oltre la metà dei medici attivi. L'analisi dell'andamento negli ultimi dieci anni mostra comunque segnali incoraggianti. La percentuale di donne che accedono a ruoli di responsabilità è aumentata, anche se lentamente. Le proiezioni attuali indicano che, mantenendo il trend attuale, la parità di genere tra i responsabili di struttura semplice potrebbe essere raggiunta entro sei anni. Diverso il caso delle strutture complesse, per cui si stima che occorreranno ancora 32 anni e mezzo per arrivare a un'equa rappresentanza.

QUESTA DISPARITÀ SI RIFLETTE anche in altri ambiti dell'attività professionale, come la libera professione intramuraria. Nel 2024, in Piemonte ha svolto attività intramoenia la metà dei medici maschi e un terzo delle colleghe. Questa differenza evidenzia le difficoltà che molte donne incontrano nel conciliare la pratica clinica con ulteriori opportunità professionali, probabilmente a causa di carichi familiari.

Anche sul fronte dei contratti part-time emergono differenze di genere. Le donne con contratto part-time sono il 6,3%, mentre gli uomini si fermano al 5,1%. Entrambe le percentuali sono in crescita rispetto al 2023, segno di una tendenza più generale alla ricerca di un maggiore equilibrio tra vita privata e professionale. Tuttavia, il dato conferma che il part-time è ancora uno strumento utilizzato maggiormente dalle donne, che spesso si trovano a dover gestire in prima persona impegni familiari.

Uno sguardo alle varie specialità mediche permette di osservare come le disparità si accentuino in alcuni contesti. In Ginecologia e Ostetricia, nonostante le donne rappresentino il 70% dei dirigenti medici, solo il 17% delle strutture complesse è diretto da una donna. Lo stesso accade in Nefrologia, dove il 70% dei medici sono donne, ma appena il 17% guida una struttura complessa. In Neuropsichiatria infantile, la presenza femminile

tra i dirigenti è superiore al 90%, ma le donne alla guida delle strutture complesse sono poco più della metà. In Psichiatria, infine, le donne rappresentano il 62% dei medici, ma solo il 25% delle strutture complesse è affidato a loro.

QUESTI DATI MOSTRANO con chiarezza che la presenza femminile non basta, da sola, a garantire equità nei percorsi di carriera. Anche nei contesti in cui le donne sono la maggioranza assoluta, le posizioni di vertice restano spesso appannaggio maschile.

Sicuramente uno dei motivi è che la distribuzione dei carichi di lavoro familiari continua a essere sbilanciata a sfavore delle donne, contribuendo a discriminazioni e disuguaglianze. Secondo la teoria delle piccole differenze, non sono necessarie discriminazioni evidenti per generare profonde disparità: anche minimi svantaggi, accumulandosi nel tempo, possono ostacolare significativamente la carriera femminile.

Basti pensare a come piccoli ostacoli iniziali possano rallentare il percorso professionale delle donne, escludendole progressivamente dalla competizione per ruoli di prestigio e indirizzandole verso percorsi meno riconosciuti.

Il cambiamento è già in atto, ma perché sia davvero trasformativo serve un impegno collettivo. L'obiettivo non è solo quello di raggiungere numericamente la parità, ma di costruire un ambiente lavorativo in cui il talento, l'esperienza e la competenza possano emergere indipendentemente dal genere. Solo così si potrà garantire una sanità più equa, efficace e rappresentativa della società che serve.

Intelligenza Artificiale e Fisica Medica: percorsi e sinergie

SARA FATTORI

UO Fisica Medica AST Macerata

LA COLLABORAZIONE tra fisica e medicina ha radici profonde e ha portato a scoperte che hanno rivoluzionato il settore sanitario. Già nel 1895, il fisico W.K. Roentgen scoprì i raggi X, realizzando la prima radiografia della storia. Otto anni dopo, i fisici Marie e Pierre Curie, insieme a Henri Becquerel, ricevettero il Premio Nobel per la scoperta della radioattività, aprendo la strada a nuove applicazioni in campo medico. Nel 1979, l'ingegnere Godfrey Hounsfield ed il fisico Allan Cormack ottennero il Nobel per lo sviluppo della Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), mentre nel 2003 il chimico Paul Lauterbur e il fisico Peter Mansfield lo ricevettero per la Risonanza Magnetica. Queste innovazioni, frutto di collaborazioni multidisciplinari, hanno segnato profondamente la storia della medicina, migliorando le capacità diagnostiche e terapeutiche e ponendo le basi per lo sviluppo delle tecnologie odierne.

L'innovazione tecnologica continua infatti a giocare un ruolo centrale nella medicina, rendendo

SCENA E SCENE DELLA CURA

le procedure diagnostiche e terapeutiche sempre più precise ed efficaci. Un esempio significativo è rappresentato dalla medicina nucleare, che ha compiuto un grande passo avanti nel 1977 con la nascita della PET. Questo sistema ha permesso di ottenere immagini funzionali del corpo umano, rivoluzionando la diagnostica delle malattie oncologiche e neurologiche. Parallelamente, la radioterapia ha beneficiato dei progressi tecnologici con l'obiettivo di massimizzare la dose al bersaglio, minimizzando al contempo i danni ai tessuti sani circostanti. A tutto ciò si aggiunge lo sviluppo della radiomica, una disciplina che analizza in modo quantitativo le immagini radiologiche e permette di ottenere informazioni che non sarebbero visibili a occhio nudo, contribuendo così alla medicina di precisione.

In questo contesto, l'Intelligenza Artificiale sta assumendo un ruolo sempre più rilevante, rivoluzionando il settore sanitario sia in ambito diagnostico che terapeutico. In diagnostica, sistemi di deep learning analizzano le immagini radiologiche con una precisione sempre maggiore, supportando i medici nell'identificazione precoce di patologie. In terapia, l'uso di modelli predittivi aiuta a identificare correlazioni tra biomarker e caratteristiche genetiche dei pazienti, favorendo trattamenti personalizzati. Inoltre, l'IA è fondamentale per l'ottimizzazione delle terapie, in particolare nella pianificazione radioterapica, dove consente di migliorare l'efficacia delle cure riducendo al minimo gli effetti collaterali.

Il ruolo dello Specialista in Fisica Medica (Fisico Medico) è centrale in questo scenario di continua innovazione. Si tratta di una figura professionale riconosciuta dalla legge, che opera in diversi ambiti della sanità garantendo la sicurezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche. La sua attività spazia dalla dosimetria alla radioprotezione, assicurando che le radiazioni siano utilizzate in modo sicuro ed efficace. Inoltre, il Fisico Medico contribuisce attivamente allo sviluppo di nuove tecnologie e alla valutazione dell'impatto delle innovazioni in ambito sanitario, grazie all'Health Technology Assessment (HTA). La formazione di questa figura professionale prevede un percorso altamente specializzato, che include una laurea magistrale in fisica e una successiva specializzazione in fisica medica.

Nonostante le enormi potenzialità, l'introduzione dell'Intelligenza Artificiale in ambito medico presenta alcune criticità che devono essere affrontate. Una delle principali sfide riguarda la qualità e la standardizzazione dei dati, poiché l'utilizzo di dataset omogenei è fondamentale per garantire l'affidabilità dei modelli predittivi. Un altro aspetto delicato è il rischio di overfitting e underfitting: nel primo caso, il modello diventa troppo specifico e si adatta ai dati passati senza riuscire a generalizzare su nuovi casi; nel secondo caso, invece, il modello risulta troppo semplice



per cogliere la complessità delle informazioni mediche. Inoltre, la certificazione degli algoritmi di IA è un processo complesso, in quanto l'apprendimento continuo dei sistemi rende difficile prevederne l'evoluzione e validarne i risultati.

Un esempio concreto di come l'Intelligenza Artificiale stia già trasformando la medicina è rappresentato dai progressi in radioterapia. Grazie ad algoritmi avanzati, è possibile segmentare automaticamente organi e tumori nelle immagini mediche, riducendo i tempi di elaborazione e il rischio di errore umano. L'IA consente inoltre di ottimizzare i piani di trattamento, personalizzando le dosi per ogni paziente e proteggendo al massimo i tessuti sani, sempre con l'intervento del Fisico Medico per la verifica ed adattamento di ogni passaggio. Il machine learning è in grado di prevedere la risposta del paziente alla terapia, contribuendo così a migliorare gli esiti clinici. L'integrazione dell'IA nei flussi di lavoro ospedalieri rappresenta quindi un valido supporto per radioterapisti e fisici medici, rendendo la radioterapia più veloce, accurata e adattabile alle esigenze individuali.

Guardando al futuro, l'Intelligenza Artificiale si sta consolidando come un pilastro fondamentale della sanità moderna. L'analisi di Big Data e l'impiego di tecniche di Machine Learning stanno aprendo nuove prospettive per le diagnosi precoci e i trattamenti personalizzati, mentre la sanità digitale e la telemedicina stanno migliorando l'accesso alle cure, consentendo una maggiore continuità assistenziale. Inoltre, sempre più centri ospedalieri stanno formando team multidisciplinari dedicati all'applicazione e all'ottimizzazione dell'IA nei processi clinici. In questo scenario in continua evoluzione, il Fisico Medico gioca un ruolo chiave nel garantire sicurezza, qualità e innovazione nei trattamenti, contribuendo all'integrazione delle nuove tecnologie nella pratica clinica e assicurando che il progresso scientifico sia sempre al servizio del paziente.

IL CAMBIO DI SCENA NEL LAVORO DI CURA. DONNE IN MAGGIORANZA: REPLACEMENT O TRASFORMAZIONE?

Tecnologie biomediche, equità e intelligenza artificiale: un nuovo patto tra medicina, ingegneria e bioetica.

MANUELA APPENDINO

Ingegnere biomedico, bioeticista, Pres. We Wom Engineers Ets, Coordinatore commissione clinicobiomedica Ordine Ing. Torino, Councillor Eambes (associazione europea ing. Biomedici) per gender equity - career - minorities

L'inizio di un dialogo necessario promosso dall'Area Formazione Femminile dell'Anaa Assomed con professioni e professioniste/i della cura.

Durante la V Conferenza Anaa dedicata alle donne, svoltasi a Firenze nel novembre 2024 e intitolata "Le ragioni delle donne che curano contro la sanità disuguale", per la prima volta un tavolo multidisciplinare ha riunito clinica, bioetica e ingegneria biomedica, creando uno spazio comune in cui riflettere sull'innovazione sanitaria e sull'equità dei percorsi di cura.

È emersa con forza l'urgenza di ampliare la discussione sulla cultura tecnologica, ponendo attenzione ai criteri di progettazione dei dispositivi medici: dalla destinazione d'uso alla finalità clinica, fino agli iter di validazione indispensabili per garantire sicurezza e performance adeguate.

L'attenzione crescente sulla salute femminile ha messo in luce criticità mai affrontate con sufficiente concretezza: il **gender data gap**, i gap clinici e diagnostici di genere, e il ruolo sempre più centrale del settore **FemTech**. Quest'ultimo, acronimo di "female technology", definisce il mercato delle tecnologie dedicate alla salute femminile. Il termine è stato coniato da Ida Tin, CEO dell'app Clue, che nel 2021 ha ricevuto l'autorizzazione della Food and Drug Administration (FDA) statunitense per una funzionalità di contraccettione digitale integrata nell'app.

Negli ultimi 60 anni siamo passati da un approccio medico quasi indifferente alle diversità individuali - ignorando effetti avversi specifici legati al sesso o all'età - a un contesto in cui si comincia a porre domande fondamentali sull'evoluzione stessa della medicina e delle tecnologie biomediche. Anche le patologie cambiano, così come si evolve il corpo umano in relazione a fattori ambientali, climatici e all'invecchiamento globale.

Se da un lato è necessario rafforzare il controllo sui percorsi terapeutici e sull'aderenza alle cure, dall'altro è urgente sviluppare una vigilanza più accurata sui dispositivi medici, già presenti sul mercato o in fase di sviluppo. Il Regolamento UE 2017/745 (MDR) ci offre una guida chiara, introducendo criteri progettuali stringenti - destinazione d'uso, target paziente, funzioni, modalità operative - per minimizzare il rischio clinico e garantire dispositivi realmente efficaci e sicuri. Que-

sto quadro normativo è stato recentemente integrato dal Regolamento Europeo sull'Intelligenza Artificiale (AI Act).

L'aumento esponenziale dei dati sanitari e la crescente complessità delle tecnologie ci mostrano quanto l'intelligenza artificiale (IA) stia diventando parte integrante dei processi clinici. Le principali aree di applicazione dell'IA riguardano la diagnosi, il supporto decisionale, l'engagement del paziente e l'aderenza terapeutica. Tuttavia, non tutte le soluzioni sono immediatamente applicabili nella pratica clinica quotidiana: è fondamentale distinguere ciò che è utile e implementabile da ciò che richiede ancora sviluppo, test e adattamenti.

Lo sviluppo dell'IA come dispositivo medico rappresenta una delle sfide più avanzate – e complesse – della medicina contemporanea. Secondo il Regolamento MDR, un software è considerato dispositivo medico quando ha una finalità medica (diagnosi, prevenzione, monitoraggio, trattamento). Ma la qualità dell'IA è direttamente proporzionale alla qualità dei dati su cui viene addestrata. Molti dataset clinici presentano bias e scarsa rappresentatività delle minoranze (donne, persone anziane, gruppi etnici minoritari). Lo studio di Obermeyer et al. (Science, 2019) ha dimostrato che un algoritmo predittivo ampiamente utilizzato negli USA sottostimava i bisogni sanitari dei pazienti afroamericani, creando disuguaglianze significative.

È qui che interviene la bioetica. Il principio di equità impone che le tecnologie non aumentino, bensì riducano, le disuguaglianze. Un algoritmo che funziona meglio per alcuni gruppi può generare esiti clinici iniqui per altri. Lo sviluppo etico dell'IA in medicina deve basarsi su co-progettazione con clinici e pazienti per garantire usabilità, trasparenza ed equità; formazione continua del personale sanitario per un uso consapevole dell'IA, valorizzando il concetto di decisione aumentata e non sostituita, in ultimo modelli di governance adattivi, capaci di accompagnare l'intero ciclo di vita dell'algoritmo.

Su questi tre pilastri – medicina, ingegneria biomedica e bioetica – si è fondata la **Giornata di Studio del 28 febbraio 2025**, dal titolo *"Il Cambiamento della scena di cura. Medici e intelligenza artificiale"*, organizzata presso la Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici di Torino per il Convegno **Anaao Assomed / Fondazione Pietro Paci**.

Un'occasione preziosa per riflettere insieme sulla necessità di sviluppare soluzioni tecnologiche **etiche, inclusive e sicure**, in grado di rispondere alle sfide della medicina contemporanea senza lasciare indietro nessuno.

Riferimenti principali

- Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C., & Mullainathan, S. (2019). *Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations*. Science, 366(6464), 447–453.

Ma di cosa ancora abbiamo bisogno?

ROSSELLA MELCARNE

Chirurga generale, Università La Sapienza - Roma

ABBIAMO SCELTO questo titolo, Sandra ed io, perché ci sentiamo spettatrici di uno stesso film. Un film in cui quello che accade è chiaro, evidente, persino inevitabile agli occhi di chi guarda... eppure il protagonista sembra non accorgersene. Avete presente quel momento in cui Truman, dopo un'intera vita vissuta dentro una prigione invisibile, arriva al confine del suo mondo? Tocca il cielo dipinto, il limite di quella che ha sempre creduto realtà.

È lì, con la mano poggiata sulla parete che separa la sicurezza dall'ignoto. Il mondo intero lo guarda. Noi lo guardiamo.

"Vai! Apri quella porta! Esci!"

Eppure, lui esita. Resta fermo. Immobile.

Quante volte, nella nostra vita, ci troviamo in quello stesso punto? Cresciamo, studiamo, lavoriamo, ci aggiorniamo, lottiamo per ottenere spazi di libertà, di emancipazione, di parità... e poi? Poi restiamo lì, con la mano appoggiata al confine, incapaci di varcarlo. Non perché ci manchino le capacità, ma perché ci hanno fatto credere che aspettare sia più sicuro.

Ma il mondo non aspetta. La realtà cambia, evolve, si trasforma. E la scena di cura è cambiata con esso.

Non possiamo più ignorarlo. Non possiamo chiudere gli occhi o mettere la testa sotto la sabbia.

Pensiamo alla chirurgia: la chirurgia robotica ha rivoluzionato le sale operatorie, la *digital pathology* ha cambiato il nostro approccio alla diagnosi, l'intelligenza artificiale sta riscrivendo il nostro rapporto con i dati e con la medicina di precisione. È un cambiamento che riguarda ogni specialità, ogni campo della scienza, medica e non. E non è qualcosa di cui avere paura, perché non ci snatura. Non ci sostituisce. **Deve potenziare le nostre possibilità.**

Ma perché questo accada, dobbiamo accettare la trasformazione. Dobbiamo smettere di rimanere immobili davanti alla porta, come Truman. Il medico del futuro non è colui che si aggrappa disperatamente a vecchi modelli ormai superati, ma chi sa integrare la tecnologia con ciò che di più umano possediamo: la nostra empatia.

E in questo, noi donne abbiamo una risorsa in più. Come diceva Umberto Veronesi, la donna è portata per natura all'armonia, all'equilibrio, alla calma. Qualità che la rendono non solo una guida nella relazione di cura, ma anche un elemento essenziale in questa transizione epocale. Perché il vero progresso non è solo tecnologico, è anche etico, è umano. E chi meglio di noi può bilanciare innovazione e sensibilità?

Dunque, di cosa abbiamo ancora bisogno?

Forse solo di un atto di coraggio. **Di scegliere di uscire da quella porta.**

Perché, come Truman, non possiamo restare fermi a guardare il mondo che cambia. Dobbiamo farne parte.

"E se mai non vi rivedessi... Buongiorno, buonasera, buonanotte."

DELL'ERRARE E DELL'ERRORE

Intelligenza artificiale ed errore medico

GIACOMO DELVECCHIO

Medico e formatore, Consigliere SIPeM, membro Fondazione Pietro Paci

VI SONO MOLTE COSE di cui non si può dare una definizione univoca, e l'errore è tra queste; però, ne abbiamo conoscenza intuitiva ed immediata e ci capiamo reciprocamente quando ne parliamo, e questo ci basta. Tra i temi che hanno sempre coinvolto a fondo i medici vi è proprio l'errore. Già agli esordi della medicina razionale, Ippocrate lodava non colui che non commette errori, ma colui che commette solo lievi errori nell'esercizio di un'"arte lunga" e particolarmente insidiosa in cui "il giudizio è difficile".

Anche se questo spaventa i cittadini, la scienza medica, che pure molto ha fatto e molto ancora di più promette per la salute delle persone, commette ancora errori nella dottrina che proclama e che è sempre in progress con continue correzioni. Analogamente commette ancora errori il singolo medico di fronte ai suoi malati e spesso questi errori sono aggravati da una tecnologia mal usata. Questa è la prima lezione che si apprende: disintinguere gli errori della medicina dagli errori dei medici, i primi celebrati sui libri, i secondi sbattuti sui giornali, senza sapere quali dei due sono più funesti. I medici sbagliano; bisogna prenderne atto con realismo. Non esiste una medicina a rischio zero se non nella mente di coloro che promuovono la qualità totale a profilassi di ogni errore. Del resto, nonostante ogni sforzo profuso sia per questioni epistemologiche che etiche ma anche solo per custodire l'immagine sociale della professione, gli errori dei medici sono ineliminabili e, da migliore letteratura al riguardo, rimangono stabili in una misura stimata tra il 5% e il 15%².

Ma come sbagliano i medici?

Sicuramente sbagliano in maniera ripetitiva, altrimenti non si sommerebbero errori ad errori, né si replicherebbero nel tempo gli stessi errori. Esiste quindi qualcosa nelle disposizioni mentali delle persone, un bias si dice oggi, forse più attivo in alcuni rispetto ad altri, che impedisce di riconoscere e di imparare dall'errore proprio e dei colleghi. I medici, nello specifico, sbagliano quando non riconoscono una malattia e la scambiano per un'altra (misdiagnosis) e poi sbagliano per eccesso di diagnosi (e di terapia) così come sbagliano per difetto di diagnosi (e di terapia). Nell'eccesso di diagnosi rientrano i falsi positivi (diagnosi di condizioni morbose inesistenti), le sovradiagnosi, ossia le diagnosi di malattie asintomatiche e ininfluenti sull'aspettativa di vita nonché le mongering disease ossia quelle condizioni dell'esistere

1 Ippocrate, *Aforismi e giuramento*, Newton Compton, Roma 1994

2 OCSE Health Working Papers No. 176, *The Economics of Diagnostic Safety*, 2025

DELL'ERRARE E DELL'ERRORE

fisiologico medicalizzate senza alcuna necessità. Nel difetto di diagnosi rientrano i falsi negativi, condizioni morbose presenti nel malato ma non riconosciute tali dal medico o, in subordine, le condizioni, frequenti fino ad un caso su cinque in medicina generale, e note come medical unexplained symptom³ per le quali l'attesa con sospensione di giudizio può essere indicata.

Queste sono le prime categorizzazioni dell'errore medico e a queste possiamo riferirci per ogni altra considerazione sapendo che l'errore è seducente per tutti i medici pratici ed è intrigante alla mente di chi si occupa di come i medici fanno quello che fanno, di come fanno quello che fanno, di come fanno quello che non fanno, di come (ri) fanno quello che fanno che non va fatto.

Ecco allora benvenuta l'intelligenza artificiale (AI) che ha avverato un sogno dell'umanità: l'automa giocatore di scacchi; la macchina che, indifferente a stimoli emotivi e non soggetta a bias mentali, supplisce l'uomo in operazioni intelligenti, anche se qui non si tratta più di operare ma di pensare o, realisticamente, di simulare il pensiero umano raccogliendo e censendo quel che l'uomo ha già pensato. Questa è la virtù dell'AI ed insieme ne è il limite: circoscriverne la creatività (è lecito usare questo termine in riferimento ad una macchina?) entro un confine umano ben delimitato da quel che è già noto. Ma anche questo che sto scrivendo non è, forse, un errore? È vero: l'AI si muove entro confini definiti, ossia entro margini posti dall'uomo costituiti dai sistemi di addestramento e di alimentazione della macchina, ma nel muoversi entro questi confini non coglie rapidamente pattern e relazioni statistiche all'interno di *megadati* che sono impossibili a cogliersi *naturaliter* dalla mente umana? E questa capacità rapidissima di analisi che porta ad un risultato tangibile non rende l'AI creativa o quanto meno *generativa* di qualcosa? E come fare a privare il medico di domani (oggi è l'alba di domani) di questi supporti? Impossibile se non inutile mettere ostacoli di qualsiasi natura, siano essi normativi o morali o educativi, se già il 28% dei medici inglesi riferisce di usare l'AI di chatGPT per la soluzione di quesiti diagnostici⁴. Del resto, se chatGPT (e similari) libera il medico da fatiche (criterio di risparmio cognitivo) e in un tempo rapidissimo (criterio di efficienza) gli fornisce la soluzione (criterio di efficacia) risolvendo il problema del suo malato (criterio di beneficiabilità) ad un costo irrisorio (criterio di economicità) perché rigettarla? Anzi: una macchina siffatta andrebbe obbligatoriamente accolta! Ancor più dato che la macchina distribuisce sui tanti quella capacità di lettura del malato che la natura ha riservato a quei pochi medici dotati di penetrante occhio clinico. In aggiunta a tutto questo si

consideri che l'atto del decidere oggi in medicina è assai più complesso che nel passato, in cui i ruoli sociali e i contesti della decisione non erano, con un termine alla moda, fluidi. La scelta di oggi avviene in un conteso di scienza post normale (PNS), per recuperare un termine introdotto qualche anno fa, in cui "i fatti sono incerti, i valori sono disputati, la posta in gioco è alta e le decisioni sono urgenti"⁵ e qui l'AI viene incontro. Per conferma chiediamo proprio a chatGPT che risponde:

ChatGPT, e l'intelligenza artificiale in generale, possono essere visti sia come un prodotto della scienza post-normale, sia come uno strumento per affrontarla:

1 **Prodotto della PNS: L'IA nasce in un contesto in cui:**

- La produzione di conoscenza è altamente incerta (ad esempio, i modelli di deep learning funzionano in modi che non comprendiamo completamente).
- I valori etici e sociali sono oggetto di dibattito (ad esempio, bias nell'IA, IA responsabile).
- Le poste in gioco sono elevate (ad esempio, IA nella sanità, sistemi autonomi).
- Le decisioni devono essere prese rapidamente (ad esempio, regolamentazione dell'IA, rilevamento della disinformazione).

2 **Lo sviluppo dell'IA coinvolge collaborazioni interdisciplinari, il coinvolgimento di diversi attori e l'evoluzione delle norme—tutti elementi tipici della PNS.⁶**

A fronte di questo che è un potenziale vantaggio per il decisore, si paventa da alcuni che questi sistemi inaridiscano le capacità investigative e di ragionamento del medico. Siamo consapevoli che anche l'uso della calcolatrice ha inaridito la capacità di fare le divisioni, ma quale ingegnere strutturista si risolve nel fare a mano i calcoli per la costruzione di un grattacielo? Ciò non vuol dire che non li controlli: ecco l'azione dell'uomo nei confronti della macchina: controllo e supervisione, esattamente come fa l'ingegnere strutturista e come fa il medico di laboratorio che controlla e supervisiona le macchine che per lui eseguono i test bioumorali. Ma l'AI è opaca, si dice da altri, è una scatola nera in cui non si può "guardare dentro" e quindi non la si può controllare nel suo decrittare i dati in ingresso per un'uscita. Vero; però funziona. Con una cosa che dimentichiamo di dire noi medici: anche la mente diagnostica è opaca (quale dottore saprebbe dire come nascono le idee della diagnosi nella sua mente?) però funziona (e infatti ci vantiamo coi colleghi delle nostre rapidissime soluzioni intuitive). Funziona; quindi basta? Una bella domanda per i medici di domani.

3 Husain M., Chalder T., Medically unexplained symptoms: assessment and management, Clin Med 2021;21(1):13-18. doi: 10.7861/clinmed.2020-0947

4 Blease C.R., Locher C., Gaab J., et al., Generative artificial intelligence in primary care: an online survey of UK general practitioners, BMJ Health Care Inform 2024; 31: e101102. doi:10.1136/bmjhci-2024-101102

5 Castree N., Hulme M., Proctor J.D., (editors), Companion to Environmental Studies, https://www.routledge.com/Companion-to-Environmental-Studies/Castree-Hulme-Proctor/p/book/9781138192201?srsltid=AfmBOorzWlwDM8KFZcQAYe4p00_tusCDnNAkrDFgeUC5hYdLNeahNFdz

6 <https://chatgpt.com/c/67ee6f80-bcd4-8005-a883-86dd2b79d546>

DALLE APPLICAZIONI ALL'INSEGNAMENTO APPRENDIMENTO. O VICEVERSA?

Intelligenza Artificiale, Deontologia Medica ed Etica

GUIDO GIUSTETTO

Presidente Omceo Torino

L'intelligenza artificiale (IA) ha fatto irruzione nella medicina con impatti sempre più estesi: dalla diagnostica per immagini alla farmacologia, fino alle cure primarie. Il suo potenziale è enorme, ma solleva interrogativi fondamentali, soprattutto riguardo al rapporto tra medico e paziente.

Uno dei temi più delicati è l'effetto dell'IA sulla relazione clinica: quali spazi lascia alla decisione umana? Come preservare la fiducia del paziente? È in questo contesto che si innestano i dilemmi deontologici ed etici.

Un utile punto di partenza è l'analisi dei quattro principi fondamentali della bioetica:

- **Beneficenza:** l'IA deve promuovere il benessere e rispettare la dignità delle persone.
- **Non maleficenza:** è essenziale proteggere i dati personali e impedirne un uso improprio.
- **Autonomia:** la decisione deve restare nelle mani del medico e del paziente, garantendo la possibilità di rifiutare o modificare le indicazioni dell'IA.
- **Giustizia:** l'accesso e i benefici dell'IA devono essere equamente distribuiti, evitando bias nei dati e nei risultati.

A questi si aggiunge un quinto principio, oggi imprescindibile: l'esplicabilità. Secondo pensatori come Luciano Floridi, è necessario che il medico comprenda - e possa spiegare - come un sistema di IA giunge alle sue conclusioni. Non basta che l'algoritmo funzioni: deve essere trasparente. Senza questa comprensione, il rischio è di accettare ciecamente i suoi output, perdendo il controllo clinico e la fiducia del paziente.

È fondamentale che i medici siano formati all'uso dell'IA, per governare strumenti sempre più sofisticati. In particolare, devono poter riconoscere ed evitare i bias: errori o distorsioni nei dati (clinici, anagrafici, strumentali) possono alterare i risultati. Anche la qualità delle fonti e la coerenza tra il contesto clinico reale e i dati usati per addestrare l'algoritmo sono determinanti. Un esempio emblematico: alcuni sistemi trascuravano la polmonite nei pazienti asmatici perché nei dati storici questi avevano un basso tasso di mortalità - non per mancanza di rischio, ma grazie a cure tempestive. Senza una lettura critica, il medico rischia di replicare errori su larga scala.

Spiegare al paziente come si arriva a una diagnosi o a una decisione terapeutica è parte del lavoro clinico. L'IA non è neutra: una diagnosi può variare in base a ciò che l'algoritmo privilegia - durata della vita o qualità della vita, per esempio. Il medico diventa quindi un mediatore tra la macchina, il dato clinico e i valori del paziente. Solo

così si evita di trasformare la medicina basata sulle prove (EBM) in una medicina guidata dai dati (DDM), rischiando di escludere l'esperienza del medico e la volontà del paziente. Questa preoccupazione porta a chiedersi se sia necessario pensare ad un diritto all'interazione umana nei processi automatizzati.

Anche il tema della responsabilità è centrale. Quando l'IA suggerisce una direzione diversa da quella del medico, chi decide? E chi risponde in caso di errore? La responsabilità - a oggi - resta in capo al medico, che deve documentare le decisioni prese e motivarle, soprattutto se divergono da quanto suggerito dal sistema. Alcuni ipotizzano forme di responsabilità diretta per i sistemi di IA, con fondi di garanzia o assicurazioni obbligatorie, ma per ora è il medico il garante dell'affidabilità degli strumenti che usa.

Un ulteriore nodo riguarda il consenso informato. Se l'IA è un dispositivo medico, il paziente deve sapere che viene utilizzata e autorizzarne l'impiego. Ma quanto può essere davvero "informato" il consenso, se il medico stesso non conosce fino in fondo come funziona l'algoritmo? Senza trasparenza, si rischia di chiedere al paziente di firmare un "consenso algoritmico" su basi ignote. Alla luce di tutto ciò, i principi guida per l'uso deontologicamente corretto dell'IA da parte del medico possono essere così sintetizzati:

- **Controllo** umano tramite formazione, competenza e strumenti certificati
- **Rispetto** della persona e assenza di discriminazioni

- **Responsabilità** professionale chiara e definita
- **Trasparenza** dei processi decisionali
- **Robustezza** e sicurezza degli algoritmi
- **Tutela** della privacy e gestione responsabile dei dati

L'IA sarà dunque un alleato o un ostacolo nella relazione medico-paziente? Dipenderà da come verrà integrata. Potrà migliorare la qualità dell'assistenza se il medico saprà sfruttarne la capacità predittiva restando protagonista nella spiegazione, nella scelta e nell'azione. In fondo, l'IA non è né intelligente né davvero artificiale: non sa "perché" decide, e lavora su dati che sono il prodotto di scelte umane. Non sostituirà il medico, ma saranno i medici che sapranno usarla a sostituire quelli che la ignorano.

Intelligenza artificiale e didattica della medicina: una meta-sintesi critica

FABRIZIO CONSORTI

Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM)

MARIKA D'ORIA

Centro d'Eccellenza in Oncologia Ospedale Isola Tiberina - Gemelli Isola, Roma

La formazione medica si trova ad affrontare diverse sfide nello scenario attuale. Nonostante l'integrazione dell'Intelligenza Artificiale (IA) e delle soluzioni digitali nell'assistenza sia ancora agli al-



bori, è necessario comprenderne e valutarne i reali benefici, al di là di entusiasmi e timori

Se consideriamo l'introduzione dell'IA nella formazione medica alla luce del modello di diffusione dell'innovazione di Rogers (Rogers EM., 1962) potremmo dire che ci troviamo ancora nella fase iniziale di "conoscenza" o all'inizio della fase di "persuasione". Con questi termini si intende rispettivamente la comprensione critica del funzionamento di una procedura innovativa e la formazione di un atteggiamento tendenzialmente favorevole ad essa.

Il termine IA fa ormai parte del discorso attuale sullo sviluppo futuro dell'economia e dell'ambiente di lavoro (Mamedov et al., 2018), della vita sociale e dell'istruzione (Williamson, 2024). Il termine IA riunisce molti metodi e applicazioni computazionali diversi. L'IA sta prendendo piede anche nella formazione medica, sia come argomento di apprendimento (Jafri et al., 2024) sia come strumento per migliorare le possibilità di insegnamento e le interazioni con gli studenti.

Un'attenzione particolare è stata dedicata all'uso dei Large Language Models, come ChatGPT (Xu et al., 2024). Gli studenti si sono dimostrati disposti a includere l'IA come argomento nel curriculum di medicina (Jackson et al., 2024). Alcuni studi quantitativi hanno esplorato l'efficacia degli strumenti e dei metodi basati sull'IA per l'apprendimento nella formazione medica (Truong, 2016) (An & Wang, 2024) (Fazlollahi et al., 2022), basandosi principalmente su esperimenti su piccola scala o su sondaggi autosomministrati di soddisfazione. Secondo la revisione sistematica di Gazquez-Garcia J. et al. (2025) le aree di competenza da sviluppare per un uso consapevole del-



DALLE APPLICAZIONI
ALL'INSEGNAMENTO
APPRENDIMENTO. O VICEVERSA?

le IA in medicina sono i fondamenti dell'IA, le basi della data analytics, i problemi di management e le considerazioni etiche.

Meno studi qualitativi hanno indagato la percezione di questi nuovi ambienti di apprendimento da parte di studenti e insegnanti. Questi studi erano principalmente rivolti a indagare la consapevolezza e la necessità di includere l'IA nei curricula di medicina (Moldt et al., 2024) o a confrontare qualitativamente le prestazioni di un sistema di IA con quelle di un esperto umano (Shamim et al., 2024). Il più delle volte, le conclusioni di questi studi sono state riportate con scarsa considerazione dei meccanismi di apprendimento in gioco e senza un quadro teorico esplicitamente dichiarato nell'interpretazione dei risultati.

Una sintesi qualitativa di letteratura, condotta con metodo meta-etnografico, circa la conoscenza e atteggiamento di studenti e docenti ha restituito cinque temi: utilità dell'IA, verosimiglianza dell'IA, comprensione critica da parte degli utenti dell'IA, natura dialogica e sociale dell'IA, multidisciplinarietà come ambiente di progettazione (Consorti F., D'Oria M., 2025). Tutti e cinque i temi includevano argomenti a favore ma anche alcuni timori verso le IA, ritenute un ulteriore argomento di studio che aggrava un curriculum già pesante, talora caricaturali nelle loro risposte, sospette di problemi etici. Il tema più forte è a nostro avviso l'obbligo di fatto che l'uso delle IA impone ad un lavoro interdisciplinare e interprofessionale, esigenza sentita anche per altri aspetti della formazione e della professione medica stessa.

Verso una fiducia consapevole: spiegabilità, robustezza e collaborazione nell'Intelligenza Artificiale per la cura

KRISTEN M. MEIBURGER

Polito^{BIO} Med Lab, Dipartimento di Elettronica e Telecomunicazioni, Politecnico di Torino, Torino, Italy

Negli ultimi anni, l'intelligenza artificiale (IA) ha rivoluzionato molteplici aspetti della medicina, dalla diagnostica all'organizzazione ospedaliera, fino alla medicina personalizzata. Tra le applicazioni più promettenti si collocano quelle che coinvolgono il machine learning su immagini e segnali biomedici, offrendo strumenti diagnostici potenti, capaci di individuare pattern altrimenti invisibili all'occhio umano. Tuttavia, l'efficacia clinica di tali strumenti non può prescindere da un elemento fondamentale: la fiducia.

Affinché l'IA diventi davvero parte integrante della scena di cura, è necessario che le sue predizioni siano spiegabili, robuste e accompagnate da



una quantificazione dell'incertezza. Questo vale tanto per l'analisi automatica di immagini, quanto per i segnali ECG o EEG, o per i dati clinici strutturati e non. La "scatola nera" dell'algoritmo non è compatibile con un contesto dove ogni decisione ha ricadute sulla vita delle persone: per questo motivo, la spiegabilità (explainability) è oggi una frontiera irrinunciabile, non solo per motivi etici, ma anche per garantire l'affidabilità clinica. Strumenti come le saliency map, le class activation map (CAM) o i metodi SHAP possono fornire informazioni importanti sui fattori che hanno influenzato la predizione di un modello. Per esempio, in ambito radiologico, evidenziare le regioni polmonari che hanno contribuito alla diagnosi di una polmonite in una radiografia toracica può aiutare il medico a validare o rivedere la valutazione del modello; analogamente, nella classificazione di segnali ECG, l'identificazione dei tratti del tracciato maggiormente rilevanti per la diagnosi automatica di aritmie migliora la trasparenza e facilita il confronto clinico.

La quantificazione dell'incertezza, inoltre, gioca un ruolo cruciale nel definire i confini entro cui una predizione può essere considerata affidabile. Tecniche come il Bayesian deep learning, l'uso di ensemble, ed il metodo di dropout Monte Carlo offrono strumenti per esprimere non solo *cosa* il modello prevede, ma anche *con quale grado di confidenza*. Questo aspetto è essenziale per orientare le decisioni cliniche in modo consapevole, evitando sia un'eccessiva dipendenza dall'IA, sia il suo rifiuto pregiudiziale.

Un ambito particolarmente interessante riguarda la possibilità di integrare spiegabilità e incertezza all'interno di un unico framework interpretativo. Ad esempio, metodi che evidenziano le regioni di un'immagine medica più rilevanti per la predizione possono essere arricchiti da mappe che indicano dove il modello è meno sicuro. In questo modo, l'attenzione del medico può essere guidata non solo da cosa il modello ha visto, ma anche da quanto lo ha visto chiaramente. Analoga-

mente si può quantificare anche l'incertezza dei metodi di spiegabilità, calcolando ad esempio la correlazione tra le immagini CAM di spiegabilità. La sinergia tra queste due dimensioni consente un'interazione più informata tra medico e algoritmo.

Queste considerazioni si applicano anche a tecnologie emergenti, come l'imaging fotoacustico: una modalità ibrida in cui il tessuto biologico viene illuminato con luce pulsata e la risposta generata sotto forma di ultrasuoni viene analizzata. L'IA, in questo contesto, può supportare la ricostruzione dell'immagine, il riconoscimento delle strutture e persino l'identificazione precoce di anomalie, ma l'affidabilità del processo resta un nodo centrale. Anche in questo caso, l'integrazione di tecniche di interpretabilità e incertezza consente di aumentare la trasparenza del sistema, migliorando la comunicazione medico-tecnologica.

Infatti, la vera innovazione non risiede soltanto negli algoritmi, ma nella relazione tra chi li sviluppa e chi li utilizza. La collaborazione tra medici, ingegneri, data scientist e professionisti sanitari non è accessoria, ma fondativa. Solo attraverso un dialogo continuo è possibile individuare i bisogni clinici reali, interpretare correttamente i risultati dei modelli e adattare le soluzioni tecnologiche al contesto sanitario. Questa cooperazione si traduce anche in un linguaggio comune, in strumenti educativi condivisi, e in percorsi di validazione clinica rigorosi.

In conclusione, il cambiamento della scena di cura non può limitarsi all'introduzione di nuove tecnologie, ma deve fondarsi su un approccio integrato, in cui la fiducia nella macchina deriva dalla sua trasparenza, dalla sua capacità di gestire l'incertezza e, soprattutto, dalla sua co-progettazione insieme a chi ogni giorno prende decisioni per la salute degli altri.

Ridurre il contenzioso: tra scudo penale e modello “no fault”

CHIARA RIVETTI
Componente Esecutivo Nazionale
Anaa Assomed

Il contenzioso in ambito sanitario continua a crescere, alimentando un uso sempre più diffuso della medicina difensiva, con gravi ricadute su efficienza del sistema, costi sanitari, liste d'attesa e qualità dell'assistenza. La maggior parte delle denunce penali contro i medici si conclude senza condanna, ma lascia effetti pesanti sul piano personale e professionale. Per affrontare questa distorsione, si propone una riforma organica della responsabilità sanitaria, fondata su due direttrici complementari: rafforzare lo scudo penale e introdurre un modello no fault per l'alea terapeutica.

Lo scudo penale, introdotto in fase emergenziale durante la pandemia da Covid-19, ha dimostrato di essere uno strumento efficace per proteggere i professionisti quando operano in condizioni straordinarie. L'obiettivo è ora renderlo strutturale, limitando la responsabilità penale ai soli casi di colpa grave, a prescindere dalla causa specifica (imperizia, negligenza o imprudenza), e introducendo parametri oggettivi per valutare il contesto clinico, organizzativo e professionale in cui si verifica l'evento. È inoltre urgente ridefinire il termine di prescrizione per rendere più certo il perimetro temporale della responsabilità.

Un ulteriore elemento utile per contenere il ricorso improprio alla giustizia penale è il rafforzamento dell'istituto della lite temeraria, previsto dall'art. 96 c.p.c., che consente di sanzionare chi



agisce in giudizio con malafede o colpa grave. La sua applicazione più incisiva nel contesto sanitario permetterebbe di arginare le denunce infondate, disincentivare il contenzioso strumentale e contrastare la medicina difensiva. È uno strumento semplice ma efficace per riportare equilibrio tra diritto alla tutela e protezione del lavoro medico.

Accanto a questi interventi, si propone l'adozione di un fondo nazionale per l'alea terapeutica, sul modello di Paesi come Francia o Svezia, che garantisca un indennizzo al paziente anche in assenza di colpa del medico. Questo sistema “no fault” riconosce che non tutti gli eventi avversi sono evitabili, e che perseguire penalmente un medico per un danno non prevenibile non solo è ingiusto, ma anche controproducente per il sistema sanitario. Il doppio binario che oggi esiste tra responsabilità civile, penale e amministrativa crea sovrapposizioni e incertezza. Serve invece una giustizia più proporzionata, che agisca solo dove davvero esiste una responsabilità, e che tuteli il diritto del cittadino alla cura senza trasformare ogni complicità in un processo. In questo quadro, l'introduzione di strumenti come il fondo no fault rappresenta una riforma culturale: spostare il focus dalla ricerca del colpevole alla presa in carico del danno, in un'ottica di equità, rapidità e rispetto per il lavoro dei professionisti sanitari.



I professionisti sanitari tra la disciplina della responsabilità e la medicina difensiva

MARIELLA MAINOLFI
Direttore generale delle professioni
sanitarie e delle politiche in favore del
Servizio Sanitario Nazionale del
Ministero della salute

L'intervento ha la finalità di analizzare come il contesto in cui da anni operano i professionisti del Ssn e la disciplina in tema di responsabilità professionale vigente prima degli interventi normativi di natura transitoria abbiano condizionato l'attività medica, trasformando l'approccio di molti operatori sanitari verso le cure. Il rapporto tra la medicina difensiva e la responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie determina, da parte dei medici, molto spesso decisioni assunte per prevenire eventuali implicazioni giudiziarie. Basti pensare, ad esempio, all'eccesso di prescrizioni di esami e visite (c.d. inappropriatezza prescrittiva) che non giova, tra le altre cose, al buon governo delle liste d'attesa. Tale fenomeno, inoltre, mina il rapporto medico paziente, che è diventato sempre più fragile, e ha un impatto negativo sulla qualità delle cure, oltre che sull'efficienza e sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

In tale contesto viene soprattutto esaminata l'evoluzione del quadro normativo in materia di responsabilità professionale fino agli ultimi interventi nei decreti-legge “Milleproroghe” di fine anno (2023 e 2024). Questi ultimi, dando rilevanza alla sola “colpa grave”, quale limitazione della punibilità per i reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose qualora il fatto sia stato



commesso nell'esercizio di una professione sanitaria al configurarsi di specifiche situazioni e alla presenza di determinati fattori condizionanti, rappresentano una vera e propria novità rispetto ai pregressi interventi normativi, che invece si basavano soprattutto sulle valutazioni da parte del giudice della condotta del professionista sanitario con l'esclusione dell'illecito penale nel solo caso di imperizia (sempre ove siano rispettate le linee guida o le buone pratiche).

È dalla disciplina transitoria, iniziata con i provvedimenti emergenziali e proseguita con i citati decreti "Milleproroghe", che sarebbe importante partire per completare il percorso di ripensamento strutturale della colpa medica, che non può non tener conto delle condizioni di lavoro, del contesto organizzativo, dell'entità delle risorse disponibili, del livello di esperienza maturata in relazione alla complessità del caso o comunque di parametri che mirino a fornire una valutazione più equa e contestualizzata della responsabilità professionale.

Si tratta di una riforma delicata che deve garantire il giusto equilibrio tra la tutela della salute del paziente e la tutela giuridica piena dello stesso, da un lato, e il benessere lavorativo del sanitario, la serenità del medico quando opera, dall'altro, al fine di ricostruire il rapporto di fiducia con i pazienti e porre fine ai costi economici e sociali, oltre che alla pressione mediatico-giudiziaria con il conseguente pregiudizio reputazionale, considerata la delicatezza del ruolo.

Il Ministero della salute, sempre disponibile ad ascoltare le parti sociali e i rappresentanti di tutte le professioni sanitarie, sta lavorando su questa tematica consapevole dell'importanza di tale riforma per migliorare l'attrattività delle professioni e del Ssn.

“
È stato un iter legislativo complesso, spesso ostaggio di influenze e difficoltà incontrate nel definire il limite della responsabilità penale dei professionisti. La divergenza di vedute tra avvocatura, magistratura e accademia ha reso il percorso tortuoso

Legge 24/2017 (Bianco-Gelli): le modifiche necessarie

AMEDEO BIANCO *Presidente Onaosi e firmatario della legge*

A sette anni dalla sua promulgazione, la Legge n.24/2017, c.d. Gelli-Bianco, è tornata al centro del dibattito. Il valore dell'impianto "sistemico" e "sistemico" della legge è solido e capace di mettere insieme la complessità del fenomeno della responsabilità professionale. L'obiettivo primario era, e resta, garantire la sicurezza delle cure per pazienti e professionisti, un concetto definito come "parte costitutiva del diritto alla tutela della sanità". Non solo una politica, ma un diritto fondamentale. Eppure, a distanza di anni, la consapevolezza è chiara: è stato fatto un passo importante, ma c'è ancora tanto da camminare. Questo perché la complessità del settore sanitario richiede una gestione costante, non un'eliminazione delle problematiche.

Una delle criticità più urgenti riguarda la difficoltà di accesso a dati chiari e omogenei sul contenzioso medico. Nonostante la legge, è ancora arduo comprendere l'andamento degli eventi avversi, i dati sulle riserve da parte dalle strutture sanitarie per affrontare i risarcimenti, o le caratteristiche specifiche dei fenomeni di che hanno generato un esito negativo. Non abbiamo uno scenario cognitivo dei fenomeni sottolineando quanto sia fondamentale una conoscenza più approfondita per interpretare e agire efficacemente. Un appello a Ministero e Conferenza Stato-Regioni per un maggiore impegno nella raccolta e condivisione sistematica di queste informazioni cruciali, che oggi più facilmente arrivano da fonti come le compagnie assicurative ad esempio.

Un aspetto chiave, spesso sottovalutato, è stato riaffermato con forza: il titolo della legge Gelli-Bianco, al Senato, è mutato da "responsabilità professionale" a "sicurezza delle cure e delle per-

sone". Una modifica non banale, che sposta l'accento dal singolo atto del professionista all'intero sistema di cura, evidenziando come la sicurezza sia un prerequisito fondamentale. Questo ampliamento del perimetro normativo, che abbraccia anche le strutture socio-sanitarie, i medici in formazione e persino la telemedicina, è visto come una base solida per ulteriori sviluppi e future calibrature della legge.

È stato un iter legislativo complesso, spesso ostaggio di influenze e difficoltà incontrate nel definire il limite della responsabilità penale dei professionisti. La divergenza di vedute tra avvocatura, magistratura e accademia ha reso il percorso tortuoso.

L'attuale formulazione non sempre riesce a distinguere adeguatamente la colpa lieve da quella grave in contesti di crescente complessità clinica. La proposta avanzata è chiara: la possibilità di configurare il reato (e quindi la sussistenza della fattispecie di reato) solo in caso di colpa grave. Questo non solo renderebbe più equa la giustizia, ma contribuirebbe a sfoltire i processi penali che oggi, nel 90-95% dei casi, si concludono con l'assoluzione, rappresentando un inutile dispendio di risorse e una fonte di ansia per i professionisti. L'idea è di rafforzare gli strumenti a disposizione del pubblico ministero e del giudice delle indagini preliminari per filtrare i procedimenti fin dalle fasi iniziali.

L'obiettivo finale deve essere trovare un bilanciamento tra l'interesse ad avere professionisti liberi dalla "spada di Damocle" del contenzioso e il diritto dei cittadini alla tutela della salute e alla sicurezza delle cure. Un bilanciamento che, sette anni dopo, continua a essere una sfida aperta e prioritaria per il futuro del sistema sanitario italiano.



LA TAVOLA ROTONDA

La responsabilità penale dei professionisti della sanità: la stabilizzazione della colpa grave

CRISTIANO CUPELLI

Professore ordinario di diritto penale Università di Roma Tor Vergata

L'intervento punta a offrire una riflessione a mente fredda sull'opportunità di un nuovo intervento legislativo in tema di responsabilità colposa degli operatori sanitari che, facendo tesoro dei limiti dell'odierno contesto normativo e giurisprudenziale, ridisegni i confini applicativi della non punibilità *oltre* gli angusti margini della sola imperizia lieve nella fase esecutiva. A tal fine, recuperando e valorizzando taluni spunti di rilievo dell'art. 3-bis del d.l. n. 44 del 2021 e dei due nuovi commi 8-septies ed 8-opties dell'art. 4 del decreto milleproroghe, si propone una riformulazione dell'art. 590-sexies c.p.

Più nel dettaglio, si propone una soluzione volta a circoscrivere la responsabilità penale del sanitario alle sole ipotesi di colpa grave (di qualunque matrice colposa: non solo imperizia, dunque, ma pure negligenza e imprudenza) e sulla previsione di taluni parametri in base ai quali operare la valutazione della colpa, tra i quali:

- a) lo stato delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie, la cui eventuale limitatezza potrà incidere sull'individuazione tanto dell'esatto quadro patologico quanto, e conseguentemente, delle più appropriate terapie;
- b) le concrete condizioni di lavoro e la disponibilità delle risorse umane e materiali in relazione al numero dei casi da trattare, la cui eventuale scarsità potrà poi riflettersi sull'adeguata gestione e cura dei pazienti;
- c) il grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale impiegato per affrontare una situazione di urgenza ed emergenza, che si riverbera sulla misura soggettiva di

rimproverabilità;

d) il tipo di rischio da gestire e la concreta situazione operativa;

e) le carenze strutturali e organizzative, che se gravi possono incidere sul grado di rimproverabilità individuale.

In questa elencazione potrebbe collocarsi - indice tra gli indici e non elemento primario e centrale - la presenza o non di linee guida, assumendo rilievo anche le fonti internazionali che non abbiano ancora completato il percorso di accreditamento (spesso macchinoso e dai tempi incerti).

L'esplicitazione di tali indici consentirebbe una ragionevole uniformità nell'accertamento giudiziale, contribuendo fra l'altro a sterilizzare la pericolosa tendenza alla perversa logica del *senno del poi*, sempre più frequente anche in questa area della colpa.

Un intervento *ragionevole*, in definitiva, che, stabilizzando e completando le norme introdotte con il milleproroghe, troverebbe piena giustificazione nella duplice esigenza - davvero ineludibile - di 'tranquillizzare' la classe medica, scongiurando la tentazione di atteggiamenti di medicina difensiva (i cui costi economici e disfunzionali sono drammaticamente ben noti), e di valorizzare la peculiarità dell'attività sanitaria, che non appare, in questa fase storica, comparabile con altre attività professionali, prive di analogo significato sociale per la salute collettiva e non implicanti così frequenti rischi e responsabilità, restituendole al contempo quell'attrattività per le generazioni future che l'ha sempre caratterizzata e nobilitata.

La responsabilità medica va inquadrata nel sistema salute. L'impegno della politica e delle associazioni

Come intervenire per frenare una deriva pericolosa che riguarda non soltanto il comparto sanitario, ma l'intera popolazione? Con questa domanda Federico Marietti, giornalista Mediaset e moderatore dell'evento, ha avviato la Tavola Rotonda che ha visto la partecipazione di esponenti della politica e delle Associazioni dei cittadini.

La senatrice Maria Domenica Castellone, Vice Presidente del Senato, ha esordito con alcune riflessioni sulla medicina difensiva, un tema che è stato affrontato in Parlamento, specialmente durante la pandemia. "Credevo - ha commentato la senatrice - che quel periodo storico potesse segnare un cambiamento, e in effetti stavamo già discutendo una legge importante contro le aggressioni al personale sanitario. Il dibattito fece emergere diverse posizioni, alcune delle quali sostenevano di trasformare gli operatori sanitari in pubblici ufficiali, rispetto alla quale sono sempre stata scettica. Si è quindi deciso di inserire nella legge meccanismi di protezione, come l'obbligo per le aziende di costituirsi parte civile in caso di aggressioni".

"Ogni anno si registrano circa 3mila aggressioni al personale sanitario. E la colpa medica è strettamente collegata a questo fenomeno. Le spese legate alla medicina difensiva superano gli 11 miliardi di euro, comprendendo sia costi diretti che indiretti, come le prestazioni non necessarie, che arrivano a essere circa il 30% del totale. È chiaro quindi che dobbiamo agire su più fronti. Già nel 2017, la legge n. 24, la Gelli-Bianco ha fatto progressi sulla responsabilità civi-

LA TAVOLA ROTONDA

Convegno Anaa Assomed

le, ma credo sia necessario rivederla e migliorare gli strumenti di prevenzione”. Concordando con la posizione dell’Associazione, la senatrice ha condiviso la necessità di “passare dalla cultura della lite a quella della negoziazione, ispirandoci a modelli di altri Paesi che hanno avuto successo. Propongo di ampliare il sistema “no fault”, che già esiste in Italia per danni da vaccini e trasfusioni, creando un fondo dedicato per indennizzi. Questo permetterebbe al cittadino di scegliere tra un indennizzo immediato e un contenzioso lungo. Infatti, solo il 3% degli operatori sanitari viene condannato, quindi il numero di persone che ricevono effettivamente un risarcimento è molto ridotto”.

“È anche importante – ha proseguito Castellone – rafforzare le regole contro la lite temeraria. Non è possibile che alcuni studi legali prosperino su denunce infondate contro i medici. Dobbiamo proteggere i cittadini vulnerabili da chi approfitta della loro condizione di debolezza con messaggi fuorvianti. Inoltre, è fondamentale rivedere la qualità delle relazioni dei periti, perché molte non sono attendibili”.

In conclusione Castellone si è impegnata ad “affrontare questi problemi su vari livelli. Alcuni progressi sono già stati fatti, come l’introduzione dello scudo penale, che abbiamo discusso in Parlamento per alleviare le paure irrazionali riguardanti i vaccini. Da parte nostra, abbiamo stabilito che la colpa lieve non deve avere rilevanza penale, mentre ci sono diversi aspetti da considerare quando si parla di colpa grave”.

“Se riusciremo a fare rete tra professionisti sanitari, condividendo le migliori pratiche, potremo creare un gruppo coeso che chiede un impegno chiaro alla politica. Ci sono strumenti già esistenti che possono essere utilizzati in modo più efficace, e uno dei più urgenti è proprio un fondo “no fault” potenziato”.

Il Capogruppo del PD alla Commissione Affari Sociali della Camera, Marco Furaro ha invitato a leggere la responsabilità dei medici non solo in termini di errori, ma inquadrandola nel contesto di un sistema sanitario in crisi. Il tema non è solo giuridico, il tema non è solo legislativo, il tema è di sistema. “Si sostiene – ha detto - che la politica debba migliorare le condizioni professionali per ridurre la precarietà, non solo in termini di contratti ma anche riguardo all’ambiente di lavoro e ai carichi emotivi. La carenza di personale, gli stipendi sotto la media europea e turni di lavoro massacranti, sono tutti elementi che portano a una situazione in-

sostenibile. Non si può valutare il medico esclusivamente per il suo errore, ma va valutato nel contesto di precarietà in cui oggi vive il Ssn. La salute è considerata un diritto fondamentale, e la mancanza di attenzione da parte della politica a questo tema è motivo di preoccupazione.”.

“Dobbiamo appoggiare – ha proseguito Furfaro - quelle riforme legislative che intendono limitare la responsabilità penale ai casi di colpa grave e per una maggiore valorizzazione dei professionisti della salute, affinché possano lavorare senza ansia e con serenità”.

“Bisogna però uscire dall’equivoco che queste misure vengano lette come se la classe politica elargisse un pezzo di impunità a un pezzo di rappresentanza del sistema sanitario, a un pezzo di professionisti. Per questo condivido la proposta fatta dall’Anaa al Ministro della salute di uscire dal tema dell’avviso di garanzia per farlo valutare da una Commissione”.

L’esponente del PD ha poi richiamato l’importanza di una relazione positiva tra medici e pazienti, affermando che le frustrazioni del sistema non devono ricadere sui professionisti, impegnandosi per un intervento più umano e consapevole, che non si limiti a misure superficiali ma che favorisca un concreto miglioramento nel rapporto tra sistema sanitario e cittadini, assumendosi anche l’impegno come parlamentare di dare più forza ai temi discussi. “Non servono interventi di cosmetica – ha concluso Furfaro – o di semplice maquillage, ma nemmeno interventi che puntino solo alla vostra categoria. Siamo a rischio di una rottura tra sistema Sanitario Nazionale perché alle criticità della professione si aggiunge il disagio dei cittadini che non riescono più a curarsi, dando vita a un pericoloso cortocircuito. Le responsabilità sono di questo governo per gli scarsi finanziamenti destinati alla sanità pubblica, ma anche il centrosinistra ha le sue colpe. Per questo dobbiamo tenere insieme la giusta tutela dei professionisti della sanità e le necessità del sistema, prevedendo finanziamenti adeguati al Ssn e un’organizzazione più efficace. In sostanza per onorare quell’articolo 32 della Costituzione, per il quale ancora oggi il diritto alla cura deve tornare fondamentale”.

Il ruolo dei pazienti in questo scenario è stato condiviso da Isabella Mori Responsabile tutela di Cittadinanzattiva. “Il ruolo del paziente è molto importante – ha detto in apertura del suo intervento –, ma deve essere visto nel contesto della medicina difensiva,



“
Se ci fossero più risorse e tempo per i medici, molte denunce potrebbero essere evitate. I pazienti non hanno diritto automatico alla guarigione, ma hanno diritto a cure in un ambiente sicuro e ben informato

che è una risposta all’aumento delle denunce da parte dei pazienti. Cittadinanzattiva gestisce circa 24.025 segnalazioni all’anno sui diritti dei cittadini in ambito sanitario. La sicurezza delle cure è un tema principale nelle segnalazioni, con il 5,6% dei casi legati a presunti errori medici. Tuttavia, gli errori medici reali sono molto rari; il vero problema è che il sistema non garantisce ai pazienti i loro diritti alle cure e alla sicurezza”.

“Ci sono carenze nel sistema che riducono la possibilità di una buona relazione tra pazienti e medici. Quando ci sono segnalazioni di errori, spesso derivano da una mancanza di trasparenza e attenzione. Se ci fossero più risorse e tempo per i medici, molte denunce potrebbero essere evitate. I pazienti non hanno diritto automatico alla guarigione, ma hanno diritto a cure in un ambiente sicuro e ben informato”.

“Tutti hanno il diritto di lavorare in buone condizioni e di ricevere la massima garanzia. Ma gli errori medici possono sempre accadere ed è fondamentale quindi partire da un sistema che protegga sia pazienti che medici. La legge Gelli-Bianco è un ottimo strumento, che oggi necessita qualche rivisitazione anche se le sue potenzialità, dal nostro punto di vista, vanno ancora preservate. È necessario – ha concluso Mori - prevedere risarcimenti e misure per ridurre le controversie, assicurando che i cittadini vulnerabili ricevano assistenza legale e consulenze mediche gratuite. Infine, anche se è importante rivedere le leggi esistenti, l’intervento deve essere globale e sistemico”.

LA TAVOLA
ROTONDA



“In Italia – ha concluso Mori – dobbiamo ricostruire un sistema sanitario pubblico che non escluda nessuno. Attualmente, molti cittadini rinunciano alle cure e chi può permetterselo opta per servizi privati, lasciando indietro gli altri. È fondamentale che un Paese con la nostra storia non tolleri queste disuguaglianze”.

I procedimenti legali possono durare anni e nel frattempo il carico psicologico per il medico sotto processo non è facile da affrontare.

Ma che colpa abbiamo noi? “Abbiamo la colpa di credere nella sanità pubblica – commenta Bruno Zuccarelli, Componente dell’Esecutivo Nazionale Anao Assomed –. Abbiamo la colpa di non aver mollato, nonostante tutto. Abbiamo la colpa di essere rimasti in prima fila quando molti durante il Covid scappavano e noi, a mani nude, abbiamo affrontato la pandemia. Abbiamo la colpa di credere pervicacemente e tenacemente in un sistema di cura spesso difettoso”.

“Non possiamo trascurare il fattore tempo necessario per la cura dei nostri pazienti, perché la pressione per rispettare tempi brevi di visita riduce la possibilità di ascolto e attenzione”.

Come intervenire, allora? Zuccarelli illustra la posizione dell’Anao Assomed proponendo una riforma del sistema partendo dalla legge Gelli-Bianco che ha iniziato a scardinare il sistema, anche se, precisa, “c’è ancora molto lavoro da fare”. E ribadisce l’idea della mediazione obbligatoria, come avviene in Francia, per risolvere le dispute legate a responsabilità medica e per fermare l’aumento delle denunce e contenere la presenza di gruppi che cercano di sfruttare il sistema sanitario per guadagni personali. “Senza un intervento che tuteli i medici e renda il lavoro nel pubblico più attraente – ha avvertito Zuccarelli –, si rischia di perdere professionisti qualificati, spingendoli verso il settore priva-

“Non possiamo trascurare il fattore tempo necessario per la cura dei nostri pazienti, perché la pressione per rispettare tempi brevi di visita riduce la possibilità di ascolto e attenzione”

to”. “Negli ultimi 15 anni la sanità non è stata una priorità per i partiti e per la politica e forse è arrivato il momento di affrontare la sua crisi in maniera risolutiva. Neppure il Covid è riuscito in questa impresa, e dire che in quel periodo tutti hanno riconosciuto l’importanza della salute, dimenticata ahimè troppo in fretta. È ormai tempo – ha concluso Zuccarelli – di una riforma sanitaria da concludere entro il 2025. Senza questa riforma, chi può permetterselo sarà al sicuro grazie ad assicurazioni private, mentre chi non può rinuncerà alle cure. Bisogna agire in fretta”.

Francesco Zaffini, Presidente Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato: “Rendere strutturale lo scudo penale”

“L’evento di oggi pone l’attenzione su un tema che ha assunto, ad oggi, una dimensione preoccupante” ha sottolineato il presidente Zaffini, “basti pensare che ogni anno in Italia vengono intentate oltre 35mila cause contro il personale sanitario per presunto - o preteso - ‘errore medico’; tra queste, tuttavia, il 97% dei procedimenti aperti in ambito penale viene archiviato senza andare in giudizio. Ciononostante, queste liti - spesso temerarie - causano costi ingenti per il Servizio sanitario nazionale - circa 20 miliardi di euro all’anno secondo i dati di Anao - per far fronte alle spese legali, senza contare le risorse impiegate per effettuare esami e screening inutili nella cosiddetta medicina difensiva, e che potrebbero essere utilizzate invece per rispondere ai bisogni di cura dei cittadini. È essenziale che i professionisti sanitari, che sono sottoposti già per la natura del loro lavoro a grandi pressioni, siano messi in condizione di svolgere la propria attività senza il timore di incorrere in cause che potrebbero costare loro molto, troppo, non solo in termini economici ma anche di carriera e con perico-

losi profili di responsabilità penale. Occorre pertanto una gestione efficace delle responsabilità, su cui il nostro Governo sta lavorando sin dal suo insediamento, come dimostrato dall’introduzione del cd. “scudo penale”, che limita la responsabilità penale dei professionisti sanitari ai soli casi di dolo e colpa grave, prorogato da ultimo fino al 31 dicembre 2025 con il cd. Decreto Milleproroghe. Occorre prendere seriamente in considerazione la possibilità di rendere lo scudo penale una misura strutturale, il che potrebbe contenere i fenomeni della medicina difensiva e delle liti temerarie, in entrambi i casi con notevoli risparmi per il nostro Ssn.

Parallelamente, è necessario un lavoro da parte di tutti, Governo, Parlamento, Istituzioni, media, che punti a ricostruire e presidiare il rapporto di fiducia tra professionista sanitario e paziente/cittadino, che il Covid-19, nonché la narrazione che sembra essere oggi in voga, ha pesantemente incrinato. Non da ultimo, bisogna prestare attenzione alla formazione, nell’ottica di riduzione del rischio di eventi infausti, nonché alla valorizzazione del capitale professionale, per impedire il “disinnamoramento” dei nostri professionisti. Il nostro Governo sta lavorando su entrambi i punti: rispetto al primo, ricordo che oltre alla riforma dell’accesso alla facoltà di medicina, stiamo lavorando a una riforma delle specializzazioni. Sono infatti in corso di esame diversi ddl sul tema, per i quali la commissione da me presieduta insieme alla commissione 7° presieduta dal collega Marti sta svolgendo un ciclo di audizioni. Per quanto riguarda invece la valorizzazione del personale, basti citare, tra le altre, l’incremento dell’indennità di specificità per la dirigenza medica e veterinaria, dirigenza sanitaria non medica e infermieristica e l’incremento delle borse di studio per gli specializzandi, misure questa disposte con la ultima legge di bilancio”.

LA TAVOLA ROTONDA



myAnaaao

Connessi per Assisterti.

Polizze assicurative, busta paga,
ufficio legale, previdenza.
**Tutte le tue domande
con noi trovano risposta.**



Inquadra il QR CODE
per prenotare
la tua consulenza.
Il servizio è attivo
l'ultimo mercoledì
del mese a partire
da gennaio 2025.

L'ultimo mercoledì di ogni mese
dalle 15 alle 18 consulenti esperti
offriranno assistenza personalizzata
e gratuita per le tue esigenze.

#ioscelgoAnaaao



www.anaao.it

