

Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

1. Perché ancora una definizione di atto medico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Verso una nuova definizione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Il documento finale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. L'alleanza filosofia-medicina

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

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

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

Francesca Gambetti

Riferimenti bibliografici

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

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