

Atto medico: intenzionalità e responsabilità

di Mario De Caro

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

Introduzione

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

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

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

1. Atto medico vs atto sanitario/infermieristico

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

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

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

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

2. "Agency" e responsabilità con l'IA

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

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

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

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

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

3. Questioni epistemiche

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

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

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

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

4. Implicazioni etiche

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

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

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

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

5. Raccomandazioni pratiche

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

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

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

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

Riferimenti bibliografici

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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