



PARMA MEDICA

ATTI DEL CONVEGNO



Sala Polifunzionale Campus Universitario
Parma - 28 Ottobre 2022
L'ATTO TECH -MEDICO
Tra tradizione, innovazione e previdenza
Il futuro della Professione I principi e valori etici
al passo con l'evoluzione dei tempi

PROGRAMMA DEL CONVEGNO

INTRODUZIONE AL CONVEGNO

I SESSIONE

PRIMA PARTE

Moderatori: Alberto Oliveti, Pierantonio Muzzetto

Atto e ruolo medico nel terzo millennio: e-doctor nell'e-medicine? La modifica del CDM (art. 78).

Pierantonio Muzzetto

Agire medico e tecnologia (Tech Medicine)

Luca Cinquepalmi

LETTURA

Il Medtech nella tecnomedicina: quale futuro per la professione?

Alberto Oliveti

I SESSIONE

SECONDA PARTE

L'odontoiatria e l'innovazione tecnologica: necessità o opportunità?

Raffaele Iandolo

Intelligenza artificiale e medicina: nuovo umanesimo?

Lucio Romano

II SESSIONE

I quesiti previdenziali

Moderatori: Mario Scali - Angelo Di Mola

I problemi previdenziali nella quotidianità professionale

Vittorio Pulci, Laura Battistini

Question time e FAQ. Risposte ai quesiti presentati.

Attività sui quesiti specifici individuali in postazione ENPAM

III SESSIONE

Moderatori: Alberto Oliveti, Pierantonio Muzzetto

Le scelte sanitarie. L'innovazione tecnologica nel rapporto fortificato fra medicina del territorio e medicina ospedaliera. Quali le prospettive?

Silvestro Scotti

TAVOLA ROTONDA

GLI ASPETTI DELLA PROFESSIONE NEL RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO PARLANDO LA LINGUA DELLO SVILUPPO SANITARIO CON LE NUOVE E SEMPRE PIÙ AGGIORNATE TECNOLOGIE.

In tema di salute evoluta ed ai risultati auspicati, con l'avvento della tecno – medicina viene prima la macchina o l'uomo? Si arriverà alla tecno-empatia?

Coordinano: Mario Scali, Angelo Di Mola

I consiglieri dell'Ordine colloquiano con il Segretario Nazionale della FIMMG Silvestro Scotti e col Presidente Nazionale CAO Raffaele Iandolo.

Martina Bishara, Gian Paolo Ceda, Maurizio Falzoi, Maurizio Leccabue, Massimo Manchisi, Pietro Piazza, Claudia Rabajotti, Patrizia Sottotetti

Conclusione dei lavori

Alberto Oliveti, Pierantonio Muzzetto

Vita dell'Ordine



Il medico di fronte all'avvento della tecnologia A Parma il convegno "L'ATTO TECH -MEDICO, tra tradizione, innovazione e previdenza"

Si è tenuto a Parma, presso la Sala Polifunzionale del Campus Universitario, un convegno organizzato in collaborazione con l'Enpam, sul tema "L'ATTO TECH -MEDICO, tra tradizione, innovazione e previdenza. Il futuro della Professione: i principi e valori etici al passo con l'evoluzione dei tempi", dedicato al medico di fronte all'avvento della tecnologia.

Sono stati valutati gli aspetti professionali, etici e deontologici e l'impatto sulla medicina territoriale nei suoi sviluppi, sia nell'ambito della medicina di famiglia (MMG, PLS, Specialistiche), sia nell'ambito odontoiatrico.

In particolare, il Presidente dell'Ordine dei Medici di Parma e Presidente Consulta Nazionale Deontologica CND-FnomceO, Pierantonio Muzzetto sottolinea come la modernità stia avanzando impetuosamente e in questo contesto è importante approcciare la scienza con coscienza.

<Il professionista, di fronte alle sfide tecnologiche, che ricomprendono algoritmi, reti 5-6 G, Intelligenza artificiale, metaverso, deve gestire con etica il valore del conoscere, gestire e utilizzare la tecnologia quale strumento comprimario della salute del paziente in un ambiente vivibile. Il senso di vicinanza etica (paternalistica virtuosa) in una mai scomparsa alleanza medico-paziente deve permanere, anzi va rafforzata, perché senza dialogo non c'è futuro, anche con la più radicale innovazione tecnologica. La tecnologia sarà un fondamentale supporto, ma la nuova dev'essere sempre più all'insegna della familiarità - dialogo e assertività pur nell'asimmetria dei saperi e nell'incertezza di salute>.

Secondo il Presidente Enpam Alberto Oliveti: *<Si sta verificando un cambiamento epocale nella frontiera della conoscenza e della competenza. Dobbiamo sfruttare a nostro vantaggio l'apporto che può dare l'intelligenza artificiale, considerandola un amplificatore e non un antagonista>.*

Quanto alla telemedicina, intesa come Insieme di tecnologie e metodi impiegati per fare diagnosi e cure a distanza, lo stesso sottolinea, come sia *<un insieme di attività non ancora uniformemente disponibili e non sempre di provata efficacia. Non dobbiamo commettere l'errore di dare per scontata l'immediata e totale fruibilità della rivoluzione che il digitale sta portando al mondo della sanità>.*

Vengono poi evidenziati i vantaggi nell'utilizzo dell'Intelligenza artificiale: *<l'algoritmo, ad esempio, analizza le radiografie del torace e aiuta a trovare la crescita anormale delle cellule, come potenziali tumori>.*

Eppure, sempre a dire del Presidente Enpam ci sono dei limiti: *<Gli algoritmi e l'intelligenza artificiale possono esseri usati in compiti clinici di base, dove è necessaria una grandissima potenza di calcolo e capacità di apprendimento. Nonostante ciò, l'intelligenza artificiale non si sostituirà mai all'essere umano quando c'è da compiere un'operazione chirurgica complessa o quando bisogna fare delle scelte basate su informazioni non computabili>.* Dovrà essere sempre l'etica lo strumento di scelta.

Per Raffaele Iandolo, Presidente CAO Nazionale, *<essendo il panorama odontoiatrico italiano composto soprattutto di liberi professionisti, è innato nella nostra categoria lo stimolo ad essere continuamente aggiornati. La tecnologia è per noi un ausilio per certi aspetti necessario (ad esempio strumenti radiologici tipo Tac per programmare un intervento) e può essere anche utile (software a disposizione del paziente per aiutare a capire anche lo sviluppo prospettico del lavoro), ma la teleodontoiatria è un concetto fruibile giusto per una prima intercettazione diagnostica precoce, anche in riferimento alla patologia orale, per il resto il paziente deve rimanere sempre al centro e la tecnologia, come già è nei nostri studi, è solo uno strumento al servizio: aiuta a capire e scegliere. Ma prima di questi due step serve l'ascolto, e per questo il professionista è insostituibile. La parola d'ordine è integrazione>.*

Tra gli illustri relatori sono intervenuti anche Silvestro Scotti, Segretario nazionale Fimmg -Vicepresidente Omceo Napoli, Laura Battistini, Responsabile Consulenza e formazione Previdenziale Enpam, Luca Cinquepalmi, Direttore Settore Futuro e Innovazione Enpam, Lucio Romano, CIRB – Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica, Vittorio Pulci Vicedirettore Generale - Direttore Area Previdenza e Assistenza Enpam.

Ufficio Stampa Omceo Parma

L'ATTO TECH -MEDICO. TRA TRADIZIONE, INNOVAZIONE E PREVIDENZA

Il futuro della Professione I principi e valori etici al passo con l'evoluzione dei tempi

INTRODUZIONE AL CONVEGNO

Pierantonio Muzzetto

Buongiorno e ringrazio tutti voi per essere presenti in questo Convegno alla presenza del Presidente nazionale dell'Enpam, il dott. Alberto Oliveti e tutto lo staff in ambito previdenziale, ma anche di relatori espressione della professione. Un mondo che in questo momento si sta interrogando su quello che è il tema di questo convegno: Atto tech-medico tra tradizione innovazione e previdenza. Si articolerà in tre sessioni: la prima sessione sarà incentrata sugli aspetti non solo della professione ma anche di etica e di bioetica, parlando dell'atto medico nel terzo millennio, di fatto valutando anche gli aspetti utili per le modifiche che andremo a fare nel Codice deontologico. E, soprattutto, si parlerà d'innovazione tecnologica. Dopodiché nella seconda sessione si tratteranno i problemi previdenziali da parte di quelli che sono gli esperti nazionali in questo ambito, il dr. Vittorio Pulci e la dr.ssa Laura Battistini, e nella terza sessione è prevista la relazione di Silvestro Scotti che parlerà di aspetti di programmazione sanitaria, della medicina territoriale e dei rapporti all'interno del SSN, in un nuovo rapporto costruttivo e arricchito tra ospedale e territorio che oggi non può essere considerato diviso, ma che deve essere considerato come un unicum importante nella gestione della sanità e nella filiera degli interventi in ambito sanitario. La prima sessione sarà moderata insieme ad Alberto Oliveti e prevederà una prima relazione sarà: Atto e ruolo medico del terzo millennio: e-doctor nell'e-medicine, la modifica del Codice deontologico. Seguirà la relazione del dr. Luca Cinquepalmi che parlerà su *Agire medico e tecnologia (Tech Medicine)*, argomento importante estremamente importante che toccherà il punto nodale, ovvero lo snodo cruciale della nuova professione medica e di come si dovrà confrontare il me-

dico con le innovazioni tecnologiche. Dopodiché ci sarà la lettura di Alberto Oliveti che tratterà il tema Med-tech nella tecnomedicina quale futuro per la professione? Seguiranno le due relazioni, *L'odontoiatria e l'innovazione tecnologica: necessità o opportunità?* e *Intelligenza artificiale e medicina: nuovo umanesimo?*, due argomenti dell'odontoiatria trattati dal Presidente della Commissione Odontoiatrico Nazionale (CAO Nazionale) Raffaele landolo che tratterà dell'odontoiatria e dell'innovazione tecnologica. Concluderà la prima sessione Lucio Romano, componente del Comitato nazionale Bioetica (CNB), bioeticista, che collabora fattivamente con l'Ordine di Parma e tratterà di intelligenza artificiale e medicina, nuovo umanesimo. Uno degli argomenti a cavallo tra tecnologia ed aspetti etici e bioetici mai slegati da quelli professionali.

La seconda sessione curata dai funzionari Vittorio Pulci e Laura Battistini con un *question time* sui problemi previdenziali. A conclusione della giornata la terza sessione con la relazione tenuta da Silvestro Scotti, *Le scelte sanitarie. L'innovazione tecnologica nel rapporto fortificato fra medicina del territorio e medicina ospedaliera. Quali le prospettive?*

E si concluderà con la tavola rotonda dal titolo *Gli aspetti della professione nel rapporto pubblico-privato parlando la lingua dello sviluppo sanitario con le nuove e sempre più aggiornate tecnologie*, in cui i relatori Raffaele landolo e Silvestro Scotti risponderanno ai quesiti dei consiglieri dell'Ordine di Parma. In una sorta di interazione con brevi domande e con risposte sul futuro in ambito odontoiatrico e, soprattutto, nell'ambito della medicina. In conclusione, vanno ancora i ringraziamenti dell'Ordine al Rettore Paolo Andrei che ci ha ospitato come sempre con grande attenzione e amicizia.

Si procede con la prima relazione. Grazie.

I SESSIONE

PRIMA PARTE

Moderatori: Alberto Oliveti,
Pierantonio Muzzetto

ATTO E RUOLO MEDICO NEL TERZO MILLENNIO: E-DOCTOR NELL'E-MEDICINE? LA MODIFICA DEL CDM (ART. 78).

Pierantonio Muzzetto



L'interpretare il titolo della relazione odierna incentrata sulla figura del nuovo medico e del paziente al passo coi tempi, e-doctor nell'e-medicine, porta da subito a considerare gli aspetti etici nell'innovazione tecnologica, facendo definire un aspetto che ho battezzato la cyberetica. Questo ha portato alla proposta di modifica del Codice deontologico, in particolare dell'art. 78, inserendo le Innovazioni tecnologiche in quella dinamica di sviluppo che nell'arco di due-tre anni ha prepotentemente modificato gli scenari della vita e non solo in sanità. Il lavoro svolto negli ultimi tre anni come Consulta Nazionale deontologica (CND) ha permesso di fare alcune delle considerazioni oggi presentate su un argomento importante perché, prima di tutto, ci pone di fronte ad un dubbio. Il dubbio di dover procedere ad una valutazione del comportamento che sia adeguato e di risposta ai dilemmi del professare. In una professione che non ha certezze durature

perché la scienza, e non solo l'arte medica, è in continua evoluzione e fornisce sempre più spesso innovazione nella diagnosi e cura delle malattie. Alla cui base è il "dubbio del non sapere". *In dubio veritas*: dal dubbio la ricerca, da cui la verità quale molla non solo filosofica, dal forte contenuto etico, dello studio e del continuo aggiornamento che sono alla base della medicina. Il primo, vero, problema è la formazione e l'aggiornamento continuo mai disgiunti dalla ricerca. Ci troviamo, infatti, di fronte a una modernità che avanza impetuosamente, a un malato bisognevole in un sistema povero di risorse, invero in presenza di risorse insufficienti in relazione all'aumento della vita e della popolazione sempre più anziana, in cui il medico si confronta con una nuova medicina tecno-mediata, con incertezza sul futuro perché non sempre preparato a confrontarsi con questa realtà, almeno per quanto riguarda le non più giovani generazioni di medici. La formazione umanistica, che contraddistingue la nostra cultura, ci porta a ragionare sul valore in ambito etico e bioetico del professare e della necessità di salvaguardare quel rapporto duale medico-paziente alla base dell'alleanza ippocratica di relazione e cura nella beneficialità, costituendone il paradigma, troppo presto dimenticata. Quella stessa che si basava sulla persona, riconoscendo il fatto che al centro del sistema di cura stabilmente si colloca il binomio medico paziente. Una personalizzazione ed umanizzazione della cura per cui le malattie sono indissolubili dalle persone in cui si manifestano, cosicché il rapporto/relazione presuppone la sintesi clinica nella persona ammalata. La centralità della persona non va scissa da quella del medico, a cui va la priorità della relazione pur nel sistema di cooperazione con le altre professioni sanitarie.

Un passaggio che supera concettualmente le non accettabili considerazioni che vedono nel rapporto medico paziente solo l'aspetto di un potere artato o una "dominanza" medica, cosa che viene da una distorta visione, superata e anacronistica, più che mai *politically incorrect* ovvero di una politica superata: una visione che fin dalle origini non era considerata come tale.

Della centralità paziente in una relazione di cura con in medico ne è testimo-

nianza attiva il Codice deontologico vigente (CDM) che parla di persona assistita e di scelte condivise di cura e, pertanto, supera certe visioni unilaterali che contraddicono nei fatti coloro che sostengono che le decisioni di salute siano solo esclusive del medico in una visione medico-centrica della salute. È proprio il Codice che ha sancito l'aspetto della condivisione delle cure e delle reciproche autonomie fra medico e paziente con una lungimiranza, anticipatoria del decisore politico nazionale.

Un Codice rispettoso della persona che ha anticipato, in modo assolutamente etico, la legge 219 del 2017, le DAT, che risulta essere la trasposizione o la scrittura in esteso, e con lettura legislativa, proprio degli articoli del Codice deontologico. Codice di svolta: tutt'altro che medico-centrico. Una testimonianza, essendone stato uno degli estensori. Un altro aspetto ritenuto importante e necessario è ancor oggi la definizione dell'atto e del ruolo medico, frutto delle riconosciute peculiarità che, secondo tradizione, formazione, aggiornamento, specifiche responsabilità e giurisprudenza sono necessarie nel descriverlo. L'atto medico che non può riferirsi solo all'agito peculiare del medico bensì esso rientra in quello che è il rinnovato e riconosciuto ruolo nel sistema di garanzie, ove particolare posto lo occupa la salute e la sua tutela ed il medico che ne è l'artefice, pur in un sistema di cooperazione socio-sanitaria.

Oggi parlare di atto medico nel terzo millennio non è una battaglia di retroguardia. È un rivendicare un ruolo primario nell'era ultramoderna della medicina. La visione che si ha del medico è quella dell'inscindibilità dell'aspetto etico da quello professionale, in relazione ai principi generali o morali condivisi del vivere comune. Da cui ne deriva il valore del comportamento secondo i principi etici tipici di ogni professione, specifici e peculiari del medico anche se mutevoli con variare dei tempi e delle consuetudini a cui si adattano.

Dall'etica, come principio "declinato" della professione, deriva l'enunciato dei comportamenti che si ritrovano negli articoli del CDM che rappresenta la professione. Che è la professione. Secondo quanto la storia della medicina ci insegna da ben 2500 i concetti fondamentali da sempre sono rimasti immutati. Ne deriva che

il medico svolge un ruolo di garanzia in ambito di tutela della salute del singolo e della collettività, ed è chiaro che tutto ciò si coniuga con gli aspetti della relazione fra medico e paziente, quali la condiscendenza, l'assertività, l'umanità nell'ambito non solo comunicativo; ma anche con le competenze tecniche e pratiche espresse nell'atto clinico. Condiscendenza e assertività sono due termini rilevanti, proiettati verso la comprensione dell'altro e la prestazione qualificata.

In questo senso atto medico e tecnologia rientrano nel sapere e nella funzione di cura tenendo presenti gli aspetti bio-psicosociali del paziente, in una visione etica del conoscere, gestire e utilizzare la tecnologia quale mezzo per il raggiungimento del risultato di salute. Perseguendo il beneficio del paziente nel più profondo senso bioetico, questo diventa lo spartiacque o la scriminante dell'agire e, al contempo, parametro d'efficacia. La professione oggi si trova di fronte al futuro che avanza con tale velocità da essere sempre in ritardo rispetto agli eventi, di fronte ad algoritmi, alle sfide tecnologiche del 5 - 6 G, dell'intelligenza artificiale (AI).

Situazioni, queste, che portano a riconsiderare la professione in un equilibrio tra extra-corporeità e corporeità, tra tecnicismo e tecnologia, senso etico e risultati. Di fronte a quello che è considerato il rapporto diretto e rilevante tra malattia e tecnologia in cui lo strumento diventa mezzo per la beneficialità degli atti, escludendo la maleficità nel rapporto medico paziente. Il futuro è all'insegna della vera sfida che è l'aspettativa di salute che, seguendo il filosofo Edgar Molin, porterà ad una serie di valutazioni che investono tre aspetti fondamentali, l'economia, gli affari e la stessa salute, in una sorta di triangolazione congiungente. Di fatto, la salute diventa obiettivo e mezzo per il sistema degli affari e nella circolarità dell'economia che per gli aspetti non sempre nobili si declina piuttosto con l'economicismo e con l'obiettivo del risultato economico. Ovvero del guadagno sulla salute, cosa che sempre allontanare dal significato bioetico dell'esistenza. Definendo una situazione in cui tale importante rapporto dovrà essere mantenuto ma dovrà trovare altre motivazioni effettive, ma diverse dal profitto, e dovrà essere considerato in una logica materialistica. Sicura-

mente si andrà avanti sempre verso nuove sfide: la prima, nell'ambito di quelli che sono i passaggi, gli step di intervento, riguardanti l'aggiornamento tecnologico che va verso una nuova visione della medicina, sempre più sartoriale e precisa, incentrata sul singolo paziente. Contribuiscono gli avanzamenti nella diagnostica e nella genetica, che portano sicuramente ad una differenziazione e particolarizzazione degli interventi medici. Quale preludio di innovazioni mediate dalle macchine, particolarmente da quelle intelligenti divenuti nuovi strumenti di cura.

Così da domandarsi se la macchina sarà governata dall'uomo o sarà la macchina a governarlo: costituendo il primo, grande, quesito esistenziale cui dare risposta. Il secondo quesito deriva da una riflessione che parte dalla visione del medico del futuro, tecno-dipendente, "tutto macchina e AI". In una visione che ha trovato in un giovane medico, Bertalan Meskò, Director of The Medical Futurist Institute, il mentore e vate di quel **medical futurist** (e-doctor) che si rapporterà con un **e-patient** in un rapporto tecno-mediato. Un rapporto virtuale, asettico, che pone il monitor, non più barriera fisica ma elemento-strumento semeiologico e comunicativo col paziente, attraverso cui si valuta, istaurando il rapporto mediatico che stravolgendo la semeiologia classica basata sulla visita e sul contatto.

Questa visione del mondo e della medicina ci allontana dall'equo, e tradizionalmente naturale, rapporto con la tecnologia sempre più escludente il malato-persona, riportando indietro alla visione della persona - malattia. Un arretramento sul piano della relazione e del risultato di salute. A ciò si contrappongono i messaggi del *positivismo tecnologico* con l'avvento e lo sviluppo delle macchine che investono sempre più la dimensione della diagnosi e della cura, e, rinvigorendo l'autodiagnosi sempre più facile e diffusa e l'autocura, con risparmio economico nell'assistenza sanitaria nazionale. In tal senso è stata incentivata la chatbot sanitaria che trova espressione in Gran Bretagna nel sistema Babylon Health, ufficialmente utilizzato come risparmio sulla medicina di famiglia.

Una situazione senza dubbio segno di una cultura innovata che punta, con obiettivi non sempre nobili, all'autono-

mia del paziente nelle scelte di salute che, attraverso Internet, si informa e riceve indicazioni sulla prima cura. Un paziente indubbiamente molto più informato, rispetto a come lo sarebbe stato trent'anni come dieci anni fa, ma con problemi nuovi di gestione agli albori di una nuova medicina.

La nascita di una nuova medicina, oggi basata sull'autodiagnosi, è sempre più orientata all'autodeterminazione e all'autocura, preludio e fonte di nuove patologie. Anche se accenterà ancor più il dubbio originario della primazia dell'uomo o della macchina. Ovvero se la nuova robotica, l'AI e tutti i mezzi a disposizione, governeranno sull'uomo o sarà l'uomo a governarla. Eterno dilemma pur consci che nel sistema dell'intelligenza quella artificiale è inferiore all'uomo, da cui deriva, ma rispetto a questo ha una capacità enciclopedica nella gestione dei dati, "big" per le machine learning.

Una prima risposta verrebbe dall'etica e dalla visione bioetica della salute e della sua gestione cui fare riferimento, laddove si riporti il tutto alla *naturale umanizzazione delle cure e dei rapporti*. Anche se si non si deve demonizzare lo sviluppo tecnologico, ma anzi utilizzarlo a fini di beneficiabilità nella salute, va sostenuta la dimensione umana del paziente e della cura e umanizzata della professione, col considerare lo strumento come mezzo e non come fine salvaguardando il rapporto positivo, assertivo, dialogico con la persona. Consci come siamo che la comunicazione è rilevante nella relazione, non solo tra medico e paziente ma anche nell'utilizzo della tecnologia e dell'AI finalizzandolo al risultato pur sempre salvaguardando la relazione umana.

Di questo si è tenuto conto per la ridefinizione nel CDM delle Information Communication Technologies (ICT), con modifica dell'art.78 e dei suoi allegati con una previsione di responsabilità del medico e dell'organo di tutela, l'Ordine. Con riscrittura di alcuni concetti fondamentali come la tutela della salute, la tutela della privacy e le responsabilità etiche nell'uso della tecnologia e dell'uso del metaverso.

Il principio unificatore è il governo del sistema col rafforzare, e non certo sminuire, la relazione tra medico e paziente. In tal senso, il ricorso alla telemedicina utilizzata nell'emergenza pandemica è risultato un modo di gestione del mezzo elettronico come

importante strumento accessorio, secondo le regole, mai in modo esclusivo o esclusivizzante il paziente.

È possibile pensare ad un rapporto per così dire *doctorobot-paziente*? È lecito chiedersi di fronte ai nuovi robot che sono AI-gestiti attraverso *software conversazionali* in grado di dare risposte, proporzionali alla messe di dati immagazzinati come *machine learning* e con capacità più o meno evoluta di fornire elementi di giudizio e, addirittura, farne sintesi organica. Di converso, questi strumenti a bassissimo costo sono in grado di sostituire anche determinate figure primarie, come il medico, nell'ambito dell'assistenza e della cura in ospedale o in case di riposo, ad esempio creando sistemi di relazione multi-mediali. E questa *disintermediazione* fra medico e paziente, anche nelle piccole relazioni della quotidianità clinica fa correre il rischio di alienare le funzioni e, soprattutto, la fiducia, inanimando quello che dev'essere un contatto personale e umano dall'alto valore etico e professionale. Rischio da considerare sul piano delle conseguenze immediate e future anche, e soprattutto, per la professione e per la qualità della salute. Incidere su quest'aspetto avrebbe il significato di sfruttare primariamente la tecnologia senza da questa esserne sostituiti e segnerebbe col considerare la tecnologia, quale supporto di grande utilità, come elemento importante del rinascimento medico. Una parola forte, rinascimento, che indica una necessità nella gestione diretta ed esclusiva della relazione di cura in tutte le sue sfaccettature, in cui a predominare è sicuramente l'autorevolezza e la fiducia reciproca.

Il rapporto/relazione di cura non può essere intermediato dalla macchina, la cui funzione è "strumentale" al risultato in mano medica e in un rapporto *umano*. In altre parole, dev'essere garantito il rapporto duale medico-paziente che rinasce in un momento di ascolto attivo e di comunicazione fruttuosa, attraverso la dialogia o dialogica, considerando questo percorso correlato al principio secondo cui il tempo dedicato al paziente nella relazione comunicativa è "tempo di cura". Parlare di dialogia comporta una valutazione ulteriore poiché è la scienza che analizza e studia le modalità discorsive tra persone attraverso un linguaggio semplice, naturale e or-

dinario, al contempo viatico per la riconquista di una stima indispensabile del paziente che la frenesia del viver d'oggi fa perdere mancando proprio quel colloquio che solidifica i rapporti.

In tutto ciò, si riscontra la giustificazione della caduta del dovere, di quello che fu definito il crepuscolo del dovere. Quanto ha fatto parlare di questione medica, che in tutta onestà è stata una delle pagine meno positive della sanità, è stata oggetto di proposizioni ordinistiche, personalmente sostenute in varie assisi ufficiali nazionali.

Forti della considerazione che la prima e più importante causa sia la scarsa considerazione della deontologia, in realtà la scarsa conoscenza dell'etica della professione. Una visione decadente della professione medica oltretutto per responsabilità proprie si riscontra in facili teorie in taluni ambiti sociologici, che da ben quindici anni a questa parte teorizzano un passaggio di funzioni dal medico ad altre figure professionali e allargano la relazione di cura fra medico paziente a quella fra paziente e sanitari. Peraltro, proponendo a livello legislativo, ad una certa politica recettiva, l'atto sanitario, originariamente posto nella prolusione del DDL 2224 poi diventata L.24/17 meglio nota come Responsabilità sanitaria, diremmo politicamente, fu-medica per le premesse fatte.

Quindi, in conclusione, riparlamo di atto e ruolo medico rinvigorito sulla base della conoscenza, della scienza, soprattutto rinnovato nell'ambito dell'umanità e del concetto di vicinanza verso il paziente, con governo della tecnologia quale strumento di cura. Allora, quale medico dovremmo garantire? Quello che sappia dare le risposte esaustive, a salvaguardia della centralità del paziente nel rapporto duale col medico. In un sistema che sia attento alle risorse, oculatamente gestite con interventi in ambito strategico soprattutto dell'Information Communication Technologies (ICT), dello sviluppo informatico e dell'AI.

Il medico che, come prima risposta, non abdichi all'alleanza terapeutica, sia in grado di governare la modernità e la tecnologia, agisca nell'alveo dell'etica attento alle reali necessità di salute nella crescente complessità. In questo senso ponendo al centro del proprio essere quei principi del Codice deontologico che ritmano la pro-

fessione, perché sono la professione. Pertanto, al tempo delle macchine evolute, senza dialogo non c'è futuro. Come pure è indispensabile che la gestione della medicina tecnologica, la Tech Medicine risponda ad un'etica particolare che ho identificato come *cyberetica*, quale momento alto dell'innovazione tecnologica in sanità come nella quotidianità, superando dietrologie economiche dei guru internazionali, orientando gli interventi al bene collettivo senza distorsioni dell'essere umano.

Affermazione forte di fronte a certe paurose perversioni manipolative dell'essere umano, per cui il medico nell'età moderna dovrà agire in una dimensione accresciuta e per certo verso continuamente modificantesi, dovendo dimostrare di possedere, contemporaneamente, competenze diverse nello spettro fra paternalismo e partnership, senza che per questo se ne diano visioni distorte.

Rafforzando il concetto di Martin Heidegger, secondo cui: *'ciò che è inquietante oggi non è che il mondo si trasformi in un completo dominio della tecnica ma che l'uomo non sia affatto preparato a questo radicale mutamento e, ancor peggio, che non sappia, attraverso la riflessione, confrontarsi concio che sta emergendo nella nostra epoca'*. La prima cosa cui si è chiamati a valutare è *capire e riflettere* su quanto appare un problema, ovvero la disumanizzazione tecnomedica, la cui sentita soluzione passa nel rafforzamento del rapporto umano forte nella relazione/alleanza tra medico e paziente. Una sorta, cioè, di ritorno al futuro....

AGIRE MEDICO E TECNOLOGIA (TECH MEDICINE)

Luca Cinquepalmi



La relazione non è stata consegnata per la pubblicazione.

LETTURA

IL MEDTECH NELLA TECNOMEDICINA: QUALE FUTURO PER LA PROFESSIONE?

Alberto Oliveti



In una sua storica canzone Francesco de Gregori, parlando della grande epopea americana, fa dire al protagonista Bufalo Bill: *'La locomotiva ha la strada segnata, il bufalo può scartare di lato e cadere, questo decide la sorte del bufalo, l'avvenire dei miei baffi e il mio mestiere'*. Mi appare suggestivo come questa strofa riferita al grande cambiamento apportato dalla macchina a vapore al futuro degli Stati Uniti d'America possa avere attinenza con il cambiamento che stiamo vedendo nella nostra professione.

Ormai *'c'è bisogno di medici'* è un'affermazione comune, ma credo che il problema non sia solo quantitativo ma anche, e soprattutto, qualitativo. Stiamo vivendo un cambiamento epocale nella frontiera della conoscenza e competenza medica, che inciderà sulle pratiche e sulle etiche.

Vado direttamente alle conclusioni. Dobbiamo sfruttare a nostro vantaggio l'apporto che può dare l'intelligenza artificiale alla nostra professione, correttamente considerandola un amplificatore e non un antagonista. Sbaglia secondo me chi pensa all'uso delle tecnologie come un qualcosa di alternativo e sostitutivo. È invece un qualcosa che può amplificare e potenziare *"la sorte del bufalo"*.

Oggi si dice che la tecnologia e l'intelligenza artificiale possono spazzar via il modello tradizionale di medico. Sicuramente lo vanno a condizionare, però la tecnologia non va vista come un potenziale nemico, bensì come uno strumento che ci permette di andare dove non avremmo potuto pensare di arrivare.

Intercetta il bisogno di nuove generazioni di pazienti e mi suggerisce

l'immagine metaforica del passaggio dall'immersione in apnea a quella con le bombole. È chiaro che con la tecnologia alle spalle possiamo andare in profondità meglio che in apnea, come altrettanto chiaro è che se vogliamo essere soltanto veloci nel raggiungere la profondità basterebbe lasciare le bombole andare a fondo da sole, ma ciò non ci permetterà di applicare la finalità propria dell'immersione, cioè esplorare. Quindi vedo la tecnologia, la digitalizzazione, l'intelligenza artificiale, come delle bombole che amplificano la nostra capacità di esplorare, ma è necessario imparare ad usarle bene, altrimenti possono essere anche pericolose.

L'intelligenza non è soltanto un algoritmo, l'intelligenza è anche creatività. Non sarà l'intelligenza artificiale a fare estinguere il radiologo - si sente spesso dire- sarà il radiologo, che usa l'intelligenza artificiale, a farlo.

Che cosa è la telemedicina? Io la chiamo teletutto, è un insieme di tecnologie, di metodi, di strumenti impiegati per fare diagnosi, cure, prevenzione secondaria, assistenza, riabilitazione e monitoraggio a distanza, utilizzando l'ICT, la tecnologia dell'informazione e della comunicazione. Usando una classificazione del Ministero della Salute, la Telemedicina si divide in Telemedicina specialistica, cioè la tele visita a distanza, in presenza ovviamente del paziente e la tele consulenza che può avvenire anche in assenza del paziente. In Telemedicina di base, non legata allo specialismo, ma al mantenimento della salute, tele salute, tutto quello che entra nella relazione tra il medico e il paziente. E in Telemedicina sociale di monitoraggio, forma di supporto e di controllo, utilizzabile anche da non sanitari. Queste sono delle divisioni importanti che poi possono arrivare ai loro estremi, fino alla telechirurgia a distanza, fino alla teledialisi.

Tutto molto promettente ma qual è lo stato dell'arte? Giorgio Gaber diceva: 'se potessi mangiare una idea avrei fatto la mia rivoluzione'. Cosa manca per rendere mangiabile la telemedicina? Intanto manca una infrastruttura di supporto diffusa, l'Italia ha problemi di connessione sia per rete fissa che per rete mobile, che oggi può diventare un ulteriore elemento di disuguaglianza in tema di salute digitale se non si trovano finanziamenti per le infrastrutture indispensabili, come banda ultra-larga, torri, fibra.

Inoltre, non tutto della telemedicina, così come oggi viene raccontata, ha prove scientifiche di efficacia; in ogni caso ci vorrà formazione sull'utilizzo di questa tecnologia, sia per gli strumenti che per i software e una collaborazione operativa tra i tecnici e i clinici non così automatica come si potrebbe pensare.

In Italia la spesa per il digitale sta crescendo, nel 2021 è aumentata, nonostante la crisi, di un ottavo rispetto al 2020, il 95% dei medici di famiglia vede come grande opportunità l'insieme dei servizi di telemedicina, però solo il 30% ne ha usufruito.

Ci sono poi problemi importanti di privacy se per telemedicina intendiamo erroneamente la messaggistica o le comunicazioni via social, molto usate dalla popolazione per riferirsi a medici ed operatori sanitari.

Che prospettive per la nostra classica ars medica?

Due immagini in antitesi: da un lato la vecchia raffigurazione del medico rinascimentale che premurosamente tiene il polso della paziente esprimendo vicinanza, tecnica e ragionamento. Dall'altro lato Watson, che non è il fido attendente di Sherlock Holmes, ma il nome di un programma di algoritmi per diagnosi medica dedicato al primo amministratore delegato di IBM.

Oggi i nipotini artificiali di Watson battono regolarmente i medici in termini di capacità ed accuratezza diagnostica, ma si potrà far completo affidamento sugli algoritmi artificiali senza una supervisione umana? Gli algoritmi di per sé sono meglio degli umani? Oggi ci sono sempre più evidenze che è l'integrazione dei due saperi, delle due competenze, delle due visioni che permette il massimo del risultato possibile perché ovviamente negli algoritmi, se ci sono degli errori in ingresso, dei bias, come si dice, questi errori possono essere amplificati.

I ricercatori di Google AI Healthcare hanno sviluppato l'algoritmo LYNA (Lymph Node Assistant) che identifica i tumori metastatici del cancro al seno dalle biopsie dei linfonodi. L'algoritmo trova regioni sospette nei campioni biotici esaminati. Due database hanno usato questo sistema per i test ed entrambi hanno mostrato che il sistema può identificare correttamente un campione come canceroso o non canceroso il 99% delle volte. Questa capacità di amplificazione ha permesso di dimezzare il tempo medio di revi-

sione dei vetrini quando è stato usato dai medici insieme alla loro analisi dei campioni di tessuto.

Questa è il risultato quando, per restare in metafora, ci si immerge con le bombole. In pratica si auspica l'integrazione delle differenti competenze per ridurre l'errore determinato dai rispettivi limiti. Gli algoritmi e l'intelligenza artificiale possono essere usati in compiti clinici di base, dove è necessaria una grandissima potenza di calcolo per esaminare data base sterminati, favorendo tra l'altro l'auto apprendimento del "Deep Learning" basato sull'assetto a reti neurali. Ciononostante, l'intelligenza artificiale non sostituirà mai l'essere umano quando ci sarà da fare un'operazione chirurgica complessa o quando ci sarà bisogno di fare delle scelte basate su informazioni non computabili.

Il bene che proviamo per un figlio può essere descritto da un algoritmo intelligente? Sfruttando la miglior definizione dei fenomeni della realtà grazie all'intelligenza artificiale, potremo mai spiegare questo "voler bene" con l'approccio deterministico di combinazioni di atomi, molecole, cellule, potenziali elettrochimici? C'è qualcosa di più che differenzia l'intelligenza umana dall'intelligenza artificiale.

Il lavoro medico, torniamo a questo, vado per flash. Sapere, saper fare, saper essere, quindi l'insieme delle conoscenze, delle competenze, delle abilità, delle attitudini nella relazione. Le prove di efficacia, la frontiera sempre in progressione della conoscenza, le evidenze scientifiche che ovviamente per definizione verranno abbandonate quando delle prove dimostreranno che non sono più attuali. L'intelligenza applicativa, la capacità di mettere in relazione logica, l'ideazione astrattiva con la quale poi si interconnettono le realtà per cercare di trovare le soluzioni ottimali, qui ed ora, la relazione interpersonale come fondamentale, il tempo di relazione che si fa tempo di cura.

Ho voluto sintetizzare l'ars medica in tre parole che ho esteso anche al programma della Fondazione Enpam: Ascoltare, Capire, Scegliere.

Ascoltare con i cinque sensi, non soltanto per udire, non soltanto per vedere, ma per cercare di capire, di comprendere, di entrare nel problema per dargli specifica e appropriata soluzione. Capire come intendere, l'espressione dell'intelligenza non

riducibile a un semplice algoritmo umano ma alla caratteristica del libero arbitrio, il significante della coscienza, presupposto indispensabile della scelta quando dall'aver capito andiamo a scegliere la soluzione e nella scelta vogliamo e dobbiamo essere liberi di applicare non solo il concetto di scienza ma anche di coscienza, una questione che, come medici, conosciamo bene e che ci differenzia dall' automatismo della macchina. La coscienza è al tempo stesso consapevolezza di sé nel mondo da un lato, e auto consapevolezza nel giudizio morale che diamo su noi stessi, sulle nostre azioni, sul valore del nostro fare. Difficilmente riducibile ad altri sottoelementi, men che meno ad algoritmi, il libero arbitrio è la capacità di scegliere in libertà, liberamente, sia nel giudicare, nel farsi un giudizio, nel capire, sia nell'operare la scelta. E qui arriviamo al punto della creatività nello scegliere.

La creatività è la capacità tutta umana di approcciare ed integrare relazioni, attinenze, esperienze, metterle insieme per dare soluzioni ai problemi, però con criterio di rilevanza e di innovatività, interconnettendo le precedenti esperienze con le esperienze attuali. Quindi la nostra intelligenza è creativa, non è solo basata su algoritmi, anche se con degli algoritmi potenti la possiamo migliorare.

E qui entriamo nel concetto dell'etica, concetto propriamente umano, che si approccia al bene e al male in tutti i suoi campi, in tutte le sue declinazioni. È un concetto logico che riguarda la scienza, riguarda l'evidenza, la filosofia, riguarda la cultura. Implica ponderare, ragionare, capire, dopo aver osservato e ascoltato ed implica scegliere con l'approccio del senso buono dell'opzione, il buonsenso secondo momento e secondo situazione. È qui che l'etica si fa strumento della scelta logica che, come medici, dobbiamo perseguire.

Concludo utilizzando le parole di Luciano Floridi. "Con l'intelligenza artificiale se facciamo degli errori gravi potrebbero essere irreparabili. Specie se abbiamo immesso degli errori all'ingresso. In ogni caso bisogna sapere che questa è una tecnologia buona, che fa cose al posto nostro, meglio di noi, e che noi faremmo con costi più alti. Bisogna usarla in maniera intelligente"

Con l'intelligenza umana, aggiungo io.

I SESSIONE SECONDA PARTE

L'ODONTOIATRIA E L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA: NECESSITÀ O OPPORTUNITÀ?

Raffaele Iandolo



Prima di tutto per svegliarvi a metà mattinata vi presenterò praticamente un caso clinico come si farebbe oggi e come si utilizzerebbero oggi le nuove tecnologie in odontoiatria. Oggi il professionista odontoiatra è molto diverso dal professionista medico, molte delle relazioni che abbiamo sentito fino a questo momento sono applicabili perfettamente ai medici ma non sempre agli odontoiatri, perché? Perché noi, sia come rapporto, come dire, mediatico, formativo nei confronti del paziente, sia come rapporto con la nostra professione abbiamo di fatto quotidianamente un approccio diverso. Noi siamo quasi tutti liberi professionisti. Questo che cosa vuol dire? Tra virgolette, io sono un ordinista quindi dovrei parlare più di aspetti etici e deontologici che non di aspetti, tra virgolette, commerciali, però risulta evidente che essendo liberi professionisti ed essendo di fatto su un mercato globale oggi, noi dobbiamo tenerci sempre più aggiornati rispetto a una concorrenza che è sempre più importante. È chiaro che un ordinista come me si trova magari un po' a disagio a parlare di queste questioni però siccome mi viene chiesto oggi se in odontoiatria le nuove tecnologie sono una necessità o una opportunità, devo necessariamente scendere su questo campo altrimenti non capiamo bene quali sono le peculiarità dell'odontoiatria rispetto a una medicina che invece viene oggi esercitata in Italia soprattutto in regime di convenzione o di

dipendenza. E quindi tra le due professioni c'è un ragionamento diverso da fare anche per i mezzi economici necessari, che presi singolarmente forse sono più ingenti per l'odontoiatria che non per la medicina. Invece come investimento sociale sono in valori assoluti molto più ingenti nell'ambito del servizio sanitario nazionale che non nell'ambito dell'attività libero professionale dei nostri studi. E allora su questa questione io mi intrattengo soprattutto sulle esigenze poi del professionista, perché le esigenze dell'odontoiatra sono esigenze spesso legate a un rapporto particolare col paziente. Su tale rapporto medico-paziente ho sentito giustamente l'impostazione che dava Alberto, che io condivido assolutamente, cioè ascoltare, capire e scegliere. Quindi c'è una parte di ascolto che sicuramente fa parte della cura e rispetto alla quale il rapporto umano è assolutamente necessario perché mi risulta difficile sostituire un qualcosa di artificiale rispetto all'ascolto. E poi c'è una questione che riguarda capire e scegliere. Sicuramente nel capire e nello scegliere le nuove tecnologie ci possono dare una mano, utilizzate con intelligenza, sempre però alle dipendenze, tra virgolette, del professionista. Vi faccio vedere rapidissimamente un caso, clinico questo è un caso abbastanza semplice dal punto diagnostico. Si tratta di un paziente con la persistenza di un incisivo laterale, incisivo laterale di sinistra deciduo, quindi da latte. C'è un'agenesia dell'incisivo laterale definitivo e c'è questo incisivo laterale di sinistra da latte. Vediamo qua, uno status radiografico in cui vedete nella prima fila delle lastrine, delle endorali, la zona del dente da latte che ormai ha subito il riassorbimento quasi integrale della radice. Questo è lo studio, diciamo, preclinico, non abbiamo sanguinamento, non abbiamo sondaggio, tasche, quindi è un paziente con un parodonto in salute. Lo studio dal punto di vista estetico viene fatto su un computer, non viene fatto sul paziente, tutto questo studio sia estetico, di dimensioni, di spazi viene fatto interamente sul computer. Ovviamente ha un aspetto anche di comunicazione importante perché poi viene comunicato al paziente. Queste sono le forme ideali paragonate con le forme esistenti, vedete su quell'incisivo laterale di sinistra c'è una forma ideale in

bianco e giallo e una forma esistente sia per quanto riguarda la parte gengivale sia per quanto riguarda il margine incisale. Questa è la ricostruzione sul computer della forma ideale che dovremo poi realizzare dal vivo. Questo è il paragone tra forma attuale e forma ideale, lo vedete anche qua complessivamente nell'arcata, questo è un particolare dell'endorale e poi veniamo a un'altra parte e questa è la parte Tac. Voi pensate che oggi è possibile in uno studio dentistico avere una Tac, cioè svolgere una attività radiologica complementare all'interno dello studio dentistico con dei programmi dedicati, un software dedicato all'attività odontoiatrica anche attrezzature di tipo radiologico quindi le cosiddette Cone Beam, delle particolari procedure Tac che vengono utilizzate normalmente negli studi odontoiatrici. Qui vedete nell'ultima parte sulla destra che c'è una concavità per quanto riguarda la sezione ossea quindi c'è bisogno, poi lo vediamo come viene programmato, di una modifica per quanto riguarda l'aspetto osseo. C'è un difetto, buccolinguale, lo vediamo qua nella ricostruzione che viene fatta sempre attraverso il computer, e qui vediamo la programmazione della implantologia, cioè viene programmato in particolare sul computer dove mettere l'impianto rispetto alla protesi che verrà, non rispetto all'osso che c'è, rispetto alla protesi che verrà e quindi vedete nell'ultima parte in basso a destra che se volessimo mettere un impianto diciamo coerente con la protesi che verrà, questo impianto sarebbe fuori dall'osso, lo vedete, l'ultima parte giù a destra. Allora c'è bisogno di modificare questa zona. E quindi ci sono delle varie fasi sulle quali non mi soffermo, cioè un innesto di tessuto connettivo, un innesto di tessuto osseo. Nella seconda fase poi si farà l'estrazione del dente da latte e poi l'immediato posizionamento dell'impianto. Poi vediamo pure brevemente il discorso dei tempi che sono la prima fase ovviamente immediata, la seconda a quattro mesi, la terza cioè il restauro finale a otto mesi. Questa è la fase dell'intervento dove vedete che viene innestato del tessuto connettivo e al di sotto viene fissato del tessuto osseo. Questa è la programmazione del prelievo, vedete come il computer ci consente di programmare quanto osso dobbiamo prelevare nella zona

della branca montante della mandibola o della parte posteriore della mandibola, quanto ne dobbiamo prelevare e facciamo su questo, c'è la possibilità vedete, di addirittura costruire un template che ci consente di delimitare la zona del prelievo. Vedete, come dire, quel piccolo braccetto viene appoggiato poi nella zona occlusale dell'ultimo molare. Quindi viene appoggiato quel template, viene rimosso del tessuto osseo da quella zona, viene applicato e fissato con una vite e su questa mettiamo del connettivo e a questo punto siamo pronti per far guarire questa zona, quindi aspettiamo tre, quattro mesi che guarisca. Sulla vostra destra vedete la situazione a 15 giorni, a quattro mesi, quindi prima e dopo. Vado veloce sul caso, non siamo qui per giudicare il caso clinico. Questo caso clinico non è un caso mio, è un caso documentato e prestato dal prof. D'Amato che è il presidente eletto dalla IAED, la società italiana scientifica di estetica dentale e che è docente dell'Università Luigi Vanvitelli di Napoli. Vedete come è stato fissato l'innesto, questo è tutto programmato, verificato, controllato attraverso le cosiddette nuove tecnologie. Questa è la ricostruzione diciamo virtuale, questa nel particolare. Andiamo veloci su questa parte, vedete come è cambiata l'impostazione e la programmazione dell'impianto rispetto alla nuova situazione ossea, questa è tutta una parte poi di verifica di come verrà il dente rispetto alla componentistica protesica e poi si procede all'intervento vero e proprio che io salto di fatto, e vi porto direttamente al risultato finale. E' interessante, questo non lo vediamo benissimo qua però sopra a sinistra vedete la dima chirurgica. Che cos'è? Lo dico per i medici, non per gli amici dentisti che sanno bene che cos'è, è il prodotto di quello che è stato programmato di fatto sul computer, cioè il chirurgo quando si trova poi a posizionare l'impianto lo posiziona nella stessa posizione che ha programmato utilizzando il software dedicato, quella dima significa che avendo una boccola, cioè una zona attraverso la quale entra il trapano, che può entrare solo di là e solo in quella posizione e solo con quella inclinazione. A quel punto l'abilità del chirurgo è relativa nel senso che c'è una strada obbligata, è il computer che gli ha già definito dove mettere

quell'impianto e fino a che profondità arrivare, perché a un certo punto spingendo il trapano c'è uno stop che dice sei arrivato qua, fermati. E ti fa fermare obbligatoriamente. È chiaro? Quindi sei obbligato a mettere l'impianto in quella zona, con quella inclinazione e a quella profondità per riprodurre quello che hai già ottenuto, tra virgolette, attraverso il programma sul computer. Ovviamente tenendo come base la Tac. E' evidente che la Tac è la base principale rispetto alla quale poi si programma tutto il resto. E questo è il risultato che noi otteniamo nella prima fase, ovviamente viene immediatamente fabbricato un provvisorio che viene applicato, questo vedete dopo un mese e poi dopo sei mesi col provvisorio e poi successivamente sarà un gioco da ragazzi, come dire, una volta che controlliamo che l'impianto sia perfettamente integrato e lo vediamo qua nel decorso dei vari mesi, una volta che si è ottenuta l'ottimizzazione anatomica, sia per quanto riguarda gli aspetti del margine gengivale che per quanto riguarda la lunghezza dell'elemento, questo sempre provvisorio. Poi facciamo uno studio della forma e del colore, sempre utilizzando le nuove tecnologie, otteniamo poi, vedete com'è il tessuto gengivale, che grazie al provvisorio che abbiamo applicato è perfettamente guarito. Otteniamo poi la ricostruzione definitiva con dei materiali ceramici di ultima generazione creando questo risultato finale. Vedete che è questo, noi non facciamo altro come dentisti che copiare quello che è in natura, farlo più o meno uguale sia come colore che come forma, qualche volta ci riusciamo bene, qualche volta ci riusciamo meno bene, con l'aiuto dell'odontotecnico cerchiamo di arrivare a questi risultati. Che cosa voglio dire? Credo che facendovi vedere questa cosa di aver risposto parzialmente in buona parte a quello che mi veniva chiesto, mi veniva chiesto se è opportunità o necessità. Io credo prima di tutto che per noi dentisti avere un ausilio sia per certi aspetti necessità, perché vi renderete conto che specialmente nei casi borderline senza il sostegno di una Tac noi non riusciamo a programmare un intervento. Quindi può essere di grande aiuto avere un software che ci consente di trasformare la Tac nelle cose che avete visto, cioè nello studio del caso sia dal punto di vista tecnico che dal punto di vista clinico. Mi piace

molto il discorso di mettere insieme tecnica e clinica, cioè mettere insieme tecnica e clinica che possono ragionare tra di loro dove per tecnico non intendo l'odontotecnico, ma intendo la tecnica nell'assistenza dal punto di vista soprattutto del software che è un aspetto estremamente importante. E quindi mettere a disposizione del paziente una possibilità di capire e quindi di scegliere che cosa fare avendo un ausilio in più. Questo per noi odontoiatri ad oggi sono le nuove tecnologie, è chiaro che c'è un problema, anzi c'è una questione per esempio anche sulla teleodontoiatria, però la teleodontoiatria io l'immagino poco se non per una parte, come dire, settoriale dell'odontoiatria, cioè posso immaginare la teleodontoiatria per la patologia orale, per lo studio di certe lesioni di un certo genere, anche se volete per la parte oncologica che a distanza ci può, come dire, accendere una spia o un allarme e quindi per una diagnosi a distanza che poi possa essere la più precoce possibile, per queste questioni anche una teleodontoiatria mi sembra, come dire, futuribile. Per tutte queste questioni direi che al centro, come noi ordinisti diciamo sempre durante le nostre chiacchierate, al centro deve rimanere un paziente vero, questo è importante e assieme al paziente vero ci deve essere un dentista libero, che non è scontato. Non è scontato perché oggi il dentista viene pressato dai terzi paganti, privati, assicurativi, viene pressato all'interno di catene che fanno il loro interesse commerciale e non l'interesse clinico del paziente, voi pensate che i fatturati in impianti, in protesi di alcune organizzazioni, tra virgolette, complesse, che poi fanno le stesse cose che facciamo noi e quindi non si capisce perché devono essere definite complesse, i fatturati di implantologia di protesi sono in percentuale il doppio, talvolta il triplo della media di uno studio monoprofessionale, questo vi dice che la diagnosi non sempre è libera e quindi il trattamento e la terapia, almeno in odontoiatria, non sempre sono liberi. Ma anzi spesso vengono impostati rispetto alle esigenze commerciali di qualche finanziatore. Poi abbiamo la sfida delle aziende e questo è un altro aspetto della tecnologia per noi importantissimo che magari in medicina non c'è. Un sacco di dentisti che acquistano, faccio un esempio, lo scanner intrao-

rale poi magari vedono che la curva di apprendimento è troppo lunga, lo mettono nel primo ripostiglio e dicono: 'io però nel mio studio ho lo scanner', e in realtà non lo utilizzano. Questa è addirittura il contrario di quello che diceva Cinquepalmi, anziché diffidenza è abbracciare una tecnologia che poi non si utilizza, che poi si lascia in un cantuccio a dormire però nei confronti del paziente, siccome spesso l'informazione nostra nei confronti del paziente è scorretta diciamo di utilizzare quella tecnologia poi magari l'abbiamo in un cantuccio e non la utilizziamo mai. Questa è una sindrome che sta capitando spesso sulle nuove tecnologie laddove la curva di apprendimento diventa tanto lunga che a un certo punto il professionista si ferma e dice 'forse è meglio che mi riposi e magari sta cosa la faccio un'altra volta. Lo metterò in pratica un'altra volta'. Questo è un fenomeno opposto rispetto a quello di cui parlavamo prima. Quindi io credo che alla domanda, perché alla domanda devo rispondere alla fine, sicuramente come liberi professionisti abbiamo la necessità di capire bene se tutta la nuova tecnologia serve, prima di tutto, e di conoscerla bene perché se non la conosciamo bene non la possiamo mettere neanche in pratica e quindi dopo averla conosciuta bene possiamo metterla in pratica. Quindi una curva di apprendimento che è abbastanza lunga specialmente per alcune procedure di tecnologia avanzata. Una volta che abbiamo fatto questo è evidente, e quindi mi ricollego a tutto quello che è stato detto prima, che il protagonista è l'odontoiatra e la tecnologia è al servizio dell'odontoiatria. Noi su questo proprio credo siamo già abbastanza attrezzati e abbastanza allenati quindi io la vedo abbastanza con fiducia. Soprattutto noi liberi professionisti abbiamo un grande vantaggio, in quanto come tali non siamo ricompresi nel concetto di aziendalizzazione, che oggi riguarda in particolare gli ospedalieri ma anche i medici di famiglia perché prima o poi magari anche loro potrebbero essere coinvolti. L'aziendalizzazione della medicina è un problema grosso, perché spesso chiude un occhio sugli aspetti clinico terapeutici e magari lo lascia aperto solamente per gli aspetti gestionali e amministrativi. E questo per fortuna noi non l'abbiamo ancora e quindi da questo punto di vista siamo abbastan-

za privilegiati. Però credo che sia un problema importante in generale per la medicina perché talvolta gli aspetti clinici vengono, come dire, attenuati, se non trascurati, prevalendo gli aspetti economico amministrativi. Speriamo magari col nuovo Governo di avere di questi problemi, significa che nei LEA verrebbero ricomprese alcune prestazioni, soprattutto quelle legate alla prevenzione. Noi ovviamente ce lo auguriamo soprattutto per i giovani, al riguardo vi lascio con un dato tratto dalla congiunturale dell'Andi: solo il 3% dei dentisti al di sotto dei 35 anni oggi apre uno studio, mentre invece ai tempi miei io ho aperto lo studio a 27 anni, il mio studio, essendo laureato da due anni. Ho aperto lo studio a 27 anni nel 1986. Oggi il 3%, uno su trenta, apre uno studio autonomo e questo è motivo di grande riflessione anche dal punto di vista del servizio sanitario nazionale che ha, secondo me, il dovere di riflettere molto, e noi lo abbiamo fatto presente al ministro Speranza più di una volta come lo faremo presente al nuovo ministro, di riflettere molto soprattutto sulle fasce più deboli e più fragili della popolazione, sia dal punto di vista della salute ma soprattutto più debole economicamente perché avendo l'odontoiatria oggettivamente dei costi elevati credo che lo Stato debba farsi carico sempre di più di quelle fasce deboli dal punto di vista economico per poter almeno assisterle dal punto di vista della prevenzione e delle prestazioni odontoiatriche basilari. Grazie a voi per l'ascolto e buon proseguimento.

INTELLIGENZA ARTIFICIALE E MEDICINA: NUOVO UMANESIMO?

Lucio Romano



Tra i vari ambiti di applicazione della farmaceutica e delle tecnologie biomediche, il potenziamento o *cognitive enhancement* rappresenta uno tra i più attuali e problematici sotto

il profilo bioetico¹. Assistiamo a una evoluzione della medicina che possiamo già catalogare come una realtà dei nostri tempi e da cui si rileva l'integrazione tra la classica finalità curativa-preventiva-riabilitativa con quella potenziativa. Vale a dire dalle dimensioni del miglioramento e della ottimizzazione con interventi che spingono le capacità biofisiche "all'interno della normalità statistica", all'*enhancement*. Quest'ultimo inteso come interventi intenzionali, tramite uso di conoscenze e tecnologie biomediche, sul corpo umano al fine di modificare il normale funzionamento "oltre il livello tipico della specie" e "oltre il margine statisticamente normale"². Da cui il movimento del postumano che «vorrebbe andare più in là di un potenziamento medico e intellettuale; il suo punto di arrivo ideale è annullare la dimensione biologica, luogo di malattia e morte, e l'idea stessa di natura umana, per giungere a "una condizione ultra-umana, cioè ad abbandonare la fragilità della condizione attuale per aprirsi a un futuro nel quale un uomo nuovo (e, per questo, un oltre-uomo) sarà capace di riprogrammare sé stesso"³ radicalmente, anche a livello cerebrale»⁴.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha affrontato il controverso crinale fra terapeutico/migliorativo, nel Parere su "Neuroscienze e potenziamento cognitivo farmacologico: profili bioetici"⁵. Il CNB rileva che «pur restando la contrapposizione basilare quella fra 'naturalisti' e 'normativisti'⁶,

oggi generalmente si ammette che la linea di demarcazione fra terapeutico-riparativo/*enhancement* di funzioni e capacità possa, talvolta, essere sfumata e presupponga, comunque, un previo accordo circa ciò che è 'normale'/'anormale'. Tale questione», evidenzia il CNB, «assume un carattere ancor più problematico quando si tratta poi di affrontarla nel settore di competenza della neuropsicologia, nel quale il confine fra terapeutico/migliorativo diventa particolarmente difficile da tracciare per più motivi. [...] Un primo motivo può essere individuato nel processo di progressiva medicalizzazione che, a partire dal XIX secolo, ha investito la sfera delle emozioni. Quelle che una volta erano considerate normali reazioni emotive degli esseri viventi alle circostanze della vita (lutti, frustrazioni, stress...) sono state progressivamente riconvertite in stati patologici, legittimando, in questo senso, la loro medicalizzazione e il ricorso sempre più diffuso alla prescrizione medico-psichiatrica di psicofarmaci. [...] Un secondo motivo sta nella possibilità di far ricorso, per giustificare la prescrizione e/o l'assunzione dei farmaci per il miglioramento dell'umore (mood enhancers) come pure della performance cognitiva, alla definizione allargata di salute proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (l'OMS, nel suo statuto, definisce il concetto di salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale"). Una tale definizione inibisce la possibilità di tracciare una netta distinzione fra malattia e sofferenza psichica, con tutti gli effetti, non solo positivi, derivanti da un'interpretazione che esalta la dimensione soggettiva della sofferenza. [...] Un terzo motivo sta nel fatto che, anche per le ragioni menzionate, risulta sempre più difficile distinguere tra terapia dei disturbi affettivi e dell'umore, da una parte, ed *enhancement* cognitivo dall'altra, in quanto il loro rapporto può rivelarsi di tipo circolare: un intervento biomedico che migliora lo stato d'animo può aver ricadute positive sulle funzioni

di distinzione universalizzabile. I 'normativisti', di contro, reputano invece che ciò che viene classificato, nelle diverse epoche e società, come 'malattia' sia sempre frutto di un determinato contesto sociale e dei valori culturali che lo informano; insistendo sugli aspetti di costruzione sociale inerenti alla definizione di 'salute' e di 'malattia', essi ritengono che i due concetti siano sempre permeati da giudizi di valore, storicamente e culturalmente determinati.

cognitive, calmando l'ansietà e rafforzando le motivazioni, così come un miglioramento di alcune prestazioni mentali può avere effetti positivi sul tono dell'umore e l'autostima.»⁷.

Una vera e propria sfida sotto il profilo antropologico, pertanto, è quella proposta dal *cognitive enhancement*. Una nuova era il cui paradigma sarebbe la liberazione dai limiti dati dalla natura con la ridefinizione radicale dello statuto umano⁸.

L'obiettivo non è solo superare e correggere difetti e sofferenze che la natura assegna alla dimensione umana ma andare anche oltre, come evoca Max O'Connor nella Lettera a Madre Natura in cui propone sette emendamenti alla "costituzione umana"⁹. «Emendamento n. 1: non sopporteremo più la tirannia dell'invecchiamento e della morte. Per mezzo di alterazioni genetiche, manipolazioni cellulari, organi sintetici e ogni altro mezzo necessario, ci doteremo di vitalità duratura e rimuoveremo la nostra data di scadenza. Ognuno di noi deciderà quanto a lungo potrà vivere. Emendamento n. 2: espanderemo la portata delle nostre capacità cognitive con strumenti computazionali e biotecnologici. Intendiamo superare le abilità percettive di ogni altra creatura e inventare nuovi sensi per espandere la nostra comprensione e il nostro apprezzamento del mondo intorno a noi. Emendamento n. 3: miglioreremo la nostra organizzazione e capacità neurale, incrementando la nostra memoria ed espandendo la nostra intelligenza. Emendamento n. 4: forniremo la neocorteccia di una "meta-mente". Questa rete distribuita di sensori, processori di informazioni e intelligenza, incrementerà la nostra consapevolezza di noi stessi e ci permetterà di modulare le nostre emozioni. Emendamento n. 5: non saremo più schiavi dei nostri geni. Ci assumeremo la responsabilità dei nostri programmi genetici e otterremo il totale controllo dei nostri processi biologici e neurologici. Porremo rimedio a tutti i difetti individuali e della specie lasciatici in eredità della nostra storia evolutiva. Ma non ci fermeremo qui: potremo scegliere sia la forma del nostro cor-

1 - "Human *enhancement* refers to a very broad range of techniques and approaches aimed at augmenting body or cognitive functions, through performance-enhancing drugs, prosthetics, medical implants, human-computer teaming, etc., that result in improved characteristics and capabilities, sometimes beyond the existing human range", in C. Cinel, D. Valeriani, R. Poli, *Neurotechnologies for human cognitive augmentation: current state of the art and future prospects*. Front Hum Neurosci. 2019; 13:13

2 - Comitato Nazionale per la Bioetica, *Neuroscienze e potenziamento cognitivo farmacologico: profili bioetici*. Roma 2013

3 - L. Grion, *Dalla sfiducia allo slancio. L'alternativa alla provocazione transumanista*. In Id. (ed), *La sfida postumanista. Colloqui sul significato della tecnica*. Il Mulino, Bologna 2012

4 - G. Cucci, *Postumano e transumano*, La Civiltà Cattolica 2022 III 133-145

5 - Comitato Nazionale per la Bioetica, *Neuroscienze e potenziamento cognitivo ...*

6 - I 'naturalisti' pensano che si possa dare una descrizione scientifica oggettiva, avalutativa, della distinzione servendosi di metodi statistici: l'esistenza o meno di una deviazione dalle norme regolanti le funzioni fisiologiche tipiche degli organismi umani costituirebbe un criterio

7 - Comitato Nazionale per la Bioetica, *Neuroscienze e potenziamento cognitivo ...*

8 - G. Cucci, *Postumano e transumano ...*

9 - Cfr. M. More, *Lettera a Madre Natura*. In <https://disf.org/educational/max-more-lettera-a-madre-natura>

po che le sue funzioni, raffinando ed aumentando le nostre abilità fisiche ed intellettuali, fino a livelli mai raggiunti da nessun altro essere umano nella storia. Emendamento n. 6: ri-definiremo, muovendoci allo stesso tempo con audacia e con cautela, i nostri modelli motivazionali e le nostre risposte emotive in modi che, come individui, riterremo salutari. Cercheremo una soluzione ai tipici eccessi emotivi umani, introducendo emozioni più raffinate. Avendo così rimosso le barriere emotive ad una razionale auto-correzione, potremo fare a meno di insalubri certezze dogmatiche. Emendamento n. 7: riconosciamo il tuo genio nell'uso di composti basati sul carbonio per crearci. Tuttavia, non limiteremo le nostre capacità fisiche, intellettuali ed emotive rimanendo puri organismi biologici. Nella ricerca del controllo sul nostro organismo, ci integreremo progressivamente con le nostre tecnologie. Questi emendamenti alla nostra costituzione ci porteranno da una condizione umana ad una ultra-umana. Crediamo, inoltre, che "ultra-umanizzare" gli individui risulterà in relazioni, culture e ordinamenti politici di una innovatività, ricchezza, libertà e responsabilità senza precedenti. Ci riserviamo il diritto di introdurre ulteriori emendamenti, sia collettivamente che come individui. Non cerchiamo una condizione di inalterabile perfezione e continueremo, quindi, nella nostra ricerca di nuove forme di eccellenza, sulla base dei nostri principi e delle nostre capacità tecnologiche»¹⁰.

Emergono interrogativi sostanziali. Ci sono limiti etici nel potenziamento di capacità abituali o nel miglioramento del corpo e della mente? Quando un uomo è definibile 'normale' e quando non lo è?¹¹

Alcuni bioeticisti hanno messo in discussione non solo la possibilità di tracciare, nelle diverse circostanze, una convincente distinzione fra terapeutico/migliorativo e potenziante, altresì il valore di questa distinzione come criterio per la formulazione di giudizi sulla liceità/illiceità delle differenti pratiche rese possibili, o anche solo pensabili, dallo sviluppo bio-

tecnologico. In altri termini, secondo tale inquadramento, l'equivalenza fra terapeutico/consentito e potenziante/non consentito, non sembra essere convincente e pertanto d'aiuto per la valutazione bioetica¹².

Diversi sono i settori della biomedicina interessati all'*enhancement*. Ricordiamone alcuni, forse principali almeno per adesso, riconducibili ai settori della neuropsicologia e della bionica che si avvalgono della neurorobotica (es. riproduzione di modelli artificiali del cervello umano; percezione visiva mediante sensori o visione artificiale; comunicazione tra essere umani e sistemi artificiali, anche in forma non verbale, compresa generazione e comprensione di stati emotivi ovvero affective computing), della biomimetica (es. artefatti bio-ispirati come arti artificiali che si interfacciano con il Sistema Nervoso Periferico per riattivare o correggere il comando motorio o restituire sensibilità alla persona; sistemi bionici ibridi o artefatti robotici connessi direttamente al corpo umano e percepiti dal cervello come parte del corpo stesso come living artefact) e del Brain Computer Interface (BCI; interfaccia invasiva con impianto chirurgico di sensore a diretto contatto con il cervello; abilità di leggere attività neuronale, processare i segnali e inviare comandi al mondo esterno; comunicazione diretta tra attività neuronale dispositivo esterno come ad esempio controllare un braccio robotico tramite il pensiero). Fino a giungere alla cyborgizzazione dell'uomo secondo il progetto della National Science Foundation che, partendo da device elementari in relazione con gli elementi nanometrici del corpo umano come le proteine, si prefigge lo scopo di ottenere il controllo di sistemi molto complessi come quello emotivo o cognitivo¹³. Nello specifico il progetto NBIC della National Science Foundation si avvale dello sviluppo che si genera dall'intersezione di nanotecnologie (N; interagire con i singoli elementi dell'uomo visto come sistema complesso), biotecnologie (B; applicazioni che si servono dei sistemi biologici, degli organismi viven-

ti o di derivati di questi per produrre o modificare prodotti o processi per un fine specifico), tecnologie dell'informazione (I; tecnologie che hanno come fine la manipolazione dei dati tramite conversione, immagazzinamento, protezione, trasmissione e recupero) e scienze cognitive (C; insieme di discipline che hanno come oggetto di studio la cognizione di un sistema pensante, sia esso naturale o artificiale)¹⁴.

Il settore della neuropsicologia è oggi prevalentemente coinvolto in merito alle reazioni emotive degli esseri viventi alle circostanze della vita (lutti, frustrazioni, stress, ...) e alla loro riconversione in stati patologici (depressione, disturbo affettivo, ...); nell'ambito delle forme fisiologiche o patologiche di declino cognitivo; nei vantaggi da conseguire nella competizione sociale e lavorativa; nel settore scolastico secondo una visione biologista del funzionamento mentale con la finalità di assicurare una influenza positiva sullo sviluppo individuale (individual's flourishing) e sul benessere sociale, perfino con l'obiettivo di mitigare le diseguaglianze¹⁵.

In questo ambito, tra i Farmaci per il Potenziamento Cognitivo (FPC), ricordiamo i neurostimolatori o farmaci nootropici la cui finalità è di incrementare la memoria a breve e lungo termine; impedire il consolidamento di memorie indesiderabili¹⁶; aumentare la concentrazione, l'apprendimento e il controllo cognitivo. Questi farmaci nootropici sono stati altresì richiamati in letteratura con suggestive classificazioni quali smart drugs, lifestyle drugs, viagra for the brain, cosmetic neurology¹⁷.

14 - P. Benanti, *Cyborg*. In G. Russo (a cura di), *Nuova Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia*. Elledici Ed, Torino 2018, 728-732

15 - A. Buchanan, *Cognitive enhancement and education*. *Theory and Research in Education* 2011, v. 9, 2, pp. 145-162

16 - N. Levy N. *Changing one's mind. The ethics of memory erasure in eternal sunshine of the spotless mind*. S&F 2011, n. 5

17 - Cfr. J. Harris, *Chemical cognitive enhancement: is it unfair, unjust, discriminatory, or cheating for healthy adults to use smart drugs?* Oxford Handbook of Neuroethics; J. Illes, B.J. Sahakian (eds), Oxford Univ. Press, Oxford 2011.

Langreth R. *Viagra for the brain*. *Forbes*, 4 February 2002; A. Chatterjee, *Cosmetic neurology. The controversy over enhancing movement, mentation, and mood*. *Neurology* 2004, 63, pp. 968-974; A. Chatterjee, *The promise and predicament of cosmetic neurology*. *Journal of Medical Ethics* 2006, 32, pp. 110-113

10 - G. Cucci, *Postumano e transumano ...*

11 - Cfr. E. Postigo Solana, *Transumanesimo e postumano: principi teorici e implicazioni bioetiche*. *Medicina e Morale* 2009/2: 267-282; S.M. OUTRAM, *Ethical considerations in the framing of the cognitive enhancement debate*. *Neuroethics* 2011, 5, Issue 2, pp. 173-184

12 - N. Bostrom, A. Sandberg, *Cognitive enhancement: Methods, ethics, regulatory challenges*. *Science & Engineering Ethics* 2009, 15, 3, pp. 311-41

13 - Cfr. P. Benanti, *Digital age*. San Paolo, Cinisello Balsamo 2020; P. Benanti, *Postumano, troppo postumano. Neurotecnologie e «human enhancement»*. Castelvécchi, Roma 2017

Emerge una diffusa legittimazione della medicalizzazione, il ristabilimento di equilibri compromessi, il miglioramento e l'ottimizzazione di benessere psichico e prestazioni. Una visione biologizzante che accanto a determinati bio-psico-sociali quali cause sociali e familiari nonché relazionali come origini del malessere. Giungendo, poi, a una problematica se non opaca distinzione tra la terapia dei disturbi affettivi e dell'umore e il *neuroenhancement* cognitivo¹⁸ per migliorare la memoria, ad esempio, o ridurre lo stress o non sentire la fatica, ecc. Obiettivi che hanno come ultima finalità l'aumento delle proprie prestazioni attraverso l'assunzione di alcuni farmaci (ricorso oggi abbastanza frequente) o utilizzando stimolazioni transcraniche di tipo elettrico o magnetico.

Quali le criticità più immediate ed evidenti inerenti alla richiesta di FPC? Ricordiamone alcune: responsabilità prescrittiva in assenza di condizione patologica; produttivismo da farmaco-centrismo con una visione quantitativa dell'intelligenza; potere della chimica di plasmare gli esseri umani; logoramento dei valori dell'impegno personale e dei valori politico-sociali (lealtà, fairness, solidarietà sociale, eguaglianza di opportunità, cooperazione, comune cittadinanza, ecc.); massimizzazione della produttività immediata ed efficienza, anche al di sopra delle proprie capacità¹⁹.

Ne conseguono, inoltre, problemi di policy di non secondaria importanza: penalizzazione o emarginazione di chi si rifiutasse di fare ricorso a FPC; lesione della garanzia di lealtà nella competizione e del principio del merito a parità di condizioni secondo eguaglianza di opportunità; prevalenza del competere, per quanto in una posizione favorita a danno del cooperare; agire orientato sul senso di sé e del proprio valore; manipolazione della giustizia distributiva allocando risorse potenzianti secondo utilità e determinanti preordinati e selettivi per alcuni a sfavore di altri; classificare o stratificare le persone secondo vari criteri o finalità, assumendo decisioni discriminatorie, stigmatizzanti o arbitrarie esclusivamente sulla base di tali profili²⁰.

18 - Comitato Nazionale per la Bioetica, *Neuroscienze e potenziamento cognitivo*...

19 - Ibidem

20 - Ibidem

Con il *neuroenhancement* cognitivo si procede sulla base di una visione riduzionista dell'intelligenza umana che viene intesa come un insieme di funzioni-prestazioni separate, su ciascuna delle quali si può intervenire autonomamente ed efficacemente con il ricorso a potenzianti. «Nella loro ambiguità intrinseca le nuove tecnologie rivelano ora il proprio classico carattere di *pharmakon*, rimedio e veleno, e impongono una riformulazione dei compiti di facoltà che ritenevamo unicamente nostre: ragione, volontà, immaginazione»²¹.

Allo stato attuale, condividendo le considerazioni del Comitato Nazionale per la Bioetica, «risulta arduo formulare un giudizio bioeticamente univoco sui FPC che potrebbero essere sviluppati in un futuro più o meno prossimo, per i numerosi motivi cui si è accennato: lo stato ancora iniziale delle ricerche unitamente alla loro notevole accelerazione che non consente adeguati momenti di assestamento, la conoscenza ancora parziale del loro funzionamento e dei complessi meccanismi cerebrali su cui andrebbero a incidere, etc. Con le cautele sopramenzionate – e con la realistica previsione che nemmeno negli anni a venire si troverà una pillola 'magica' in grado di migliorare complessivamente le nostre prestazioni cognitive sostituendosi ai processi usuali di istruzione e formazione, di studio e di apprendimento – si può ritenere che in futuro un impiego 'saggio' e adeguatamente regolato di potenzianti cognitivi di tipo farmacologico, una volta accertata la loro non nocività ed efficacia, non sia, in linea di principio, di per sé moralmente condannabile. La non illiceità astratta non elimina tuttavia i numerosi problemi bioetici e di policy – già peraltro discussi in letteratura – che un eventuale sviluppo di FPC più sicuri e efficaci solleva e ai quali è opportuno almeno accennare, questi riguardano in particolare: 1) la coercizione (diretta e indiretta) e la libertà: si discute – nell'ipotesi di una legalizzazione – sulla eventualità che questa pratica possa, se non diventare obbligatoria, comunque coercitiva per la popolazione in generale o per determinate categorie (sia del settore pubblico che privato), nel senso di una penalizzazione-emarginazione di chi si rifiutasse di farvi ricorso; 2)

21 - R. Bodei, *Dominio e sottomissione*. Il Mulino, Bologna 2019, p. 10

l'equità: ugualmente desta preoccupazione la possibilità che, lasciando la regolazione della distribuzione al libero mercato, solo persone facoltose possano, invece, permettersi l'accesso a FPC efficaci e verosimilmente molto costosi, col risultato di rendere ancor più gravose le diseguaglianze 'naturali' e sociali già esistenti. Un problema, questo, che è oggetto di un'animata discussione nell'ambito dei diversi modelli di giustizia distributiva che si interrogano sui criteri più idonei a una 'giusta allocazione delle risorse potenzianti; 3) la correttezza e il merito: ci si domanda inoltre come si potrebbe garantire la lealtà nella competizione e il principio del merito una volta che si ammettesse una liberalizzazione dei FPC; 4) la percezione di sé e del legame sociale: a questo proposito è stato sottolineato il rischio che la diffusione dell'uso di FPC possa favorire una visione del proprio agire orientata più alla prestazione immediata che non all'impegno autoformativo e che ciò possa incidere sul senso di sé e del proprio 'valore' e, al contempo, accentuare la tendenza a competere invece che a cooperare»²².

Oltre al *neuroenhancement* cognitivo tramite FPC, ricordiamo il settore della bionica. Scienza che studia le funzioni sensorie e motorie degli organismi viventi, al fine di riprodurle o potenziarle con dispositivi elettronici o di altro tipo²³.

È indubitabile che, richiamando ad esempio il settore delle protesi, si è sviluppata una costante e significativa progressione di conoscenze e applicazioni fino a giungere a funzioni che superano le capacità umane. I recenti progressi degli stimolatori cerebrali profondi e delle interfacc-

22 - Comitato Nazionale per la Bioetica, *Neuroscienze e potenziamento cognitivo*...

23 - Il procedimento tipico per lo studio bionico di un processo biologico consiste nella descrizione (analisi) del processo, nella traduzione della descrizione biologica in uno schema fisico-matematico, nella realizzazione concreta (sintesi) di tale schema con un dispositivo elettronico, costituente il modello analogico del processo in esame. I principali campi di ricerca della bionica vertono sugli organi di senso, sui neuroni artificiali e sui sistemi autoorganizzanti. Come organi di senso si qualificano trasduttori di vario tipo atti a simulare gli organi che nei viventi servono a rilevare stimoli esterni, convertendo in energia elettrochimica di impulsi nervosi l'energia meccanica, acustica, luminosa ecc. degli stimoli in questione. I sistemi autoorganizzanti sono macchine dotate di capacità 'intelligenti', quali 'riconoscere' gli stimoli esterni, e 'adattarsi all'ambiente' (omeostasi). In <https://www.treccani.it/enciclopedia/bionica/>

ce cervello-macchina hanno di fatto molto ampliato le possibilità di neuroprotesi e neuromodulazione. Insieme ai progressi in neuroingegneria, nanotecnologia, biologia molecolare e scienze dei materiali, è ora possibile affrontare questioni delle neuroscienze in modo nuovo e più potente. È possibile applicare queste nuove tecnologie in modi che vanno dall'aumentare e ripristinare la funzione alle modalità di neuromodulazione che trattano i disturbi neuropsichiatrici offrendo significativi vantaggi e potenziali benefici clinici per una varietà di disturbi come i dispositivi neurali già in uso clinico (es. stimolatori cerebrali profondi per il morbo di Parkinson o il tremore essenziale). Per quanto, come prevedibile, si rilevino vantaggi nelle applicazioni cliniche non mancano implicazioni etiche²⁴.

Tecnologie di ingegneria neurale come Implanted Deep Brain Stimulators (DBS), Brain Computer Interfaces (BCIs) e Brain Machine Interfaces (BMIs) sono strumenti potenzialmente trasformativi.

La stimolazione cerebrale profonda (DBS) è una procedura neurochirurgica che consente la neuromodulazione mirata basata su circuiti. La DBS è uno standard di cura nel morbo di Parkinson, nel tremore essenziale e nella distonia ed è anche oggetto di indagine attiva per altre condizioni legate a circuiti patologici, tra cui il disturbo depressivo maggiore e il morbo di Alzheimer. I moderni sistemi DBS – costituiti da un elettrodo intracranico, un cavo di prolunga e un generatore di impulsi – si sono evoluti negli ultimi due decenni. I progressi nell'ingegneria e nell'imaging insieme a una migliore comprensione dei disturbi cerebrali sono pronti a rimodellare il modo in cui la DBS viene interpretata e offerta ai pazienti. Si prevede che le innovazioni nella progettazione di elettrodi, stimolazione a circuito chiuso su richiesta e tecnologie di rilevamento miglioreranno l'efficacia e l'accettabilità della DBS²⁵.

Le interfacce cervello computer (BCIs) e le interfacce cervello macchina (BMIs) si riferiscono a neurotecnologie che osservano l'attività all'in-

terno del cervello, la decodificano o decifrano per estrarre informazioni utili. Sebbene la terminologia BCIs e BMIs siano spesso usate in modo intercambiabile, c'è una tendenza prevalente a fare riferimento a interfacce non invasive che utilizzano BCI e interfacce impiantabili che utilizzano BMI. Esistono diversi metodi per osservare l'attività neurale: l'elettroencefalografia (EEG), la magnetoencefalografia (MEG), l'elettrocorticografia (ECoG) indicata anche come EEG intracranico, la risonanza magnetica funzionale (fMRI: functional Magnetic Resonance Imaging), la spettroscopia funzionale (fMRI: functional Near Infra-Red Spectroscopy), la tomografia a emissione di positroni (PET: Positron Emission Tomography) e altri. Da tutti questi approcci è ampiamente accettato che i metodi impiantabili (ad es. ECoG, registrazione intracorticale) superano i metodi non invasivi (ad es. EEG, fNIRS) a causa di una risoluzione spaziale e temporale significativamente più elevata. Inoltre, sebbene sia possibile osservare l'attività utilizzando diverse modalità (ad es. elettrica, ottica, magnetica), la registrazione elettrica è la più consolidata e quindi la più adatta a breve termine per i dispositivi clinici emergenti²⁶.

Inoltre, un'interfaccia cervello-computer (BCI) può fungere da meccanismo di comunicazione che utilizza i segnali del cervello anche per controllare dispositivi esterni. Questo sarebbe particolarmente vantaggioso per coloro che hanno gravi problemi di disabilità motorie. Tuttavia, la generazione di tali segnali può essere anche indipendente dal sistema nervoso, come nel Passive-BCI. Il ricorso ad algoritmi e all'apprendimento automatico migliora l'accuratezza di tali sistemi fino a controllare un robot umanoide per eseguire un'attività desiderata²⁷.

Il loro uso e le prospettive future sollevano anche problemi di sicurezza. Secondo il rapporto del Pew Research Center, per quanto indirizzate a migliorare le capacità dell'essere umano, si sollevano questioni complesse relative proprio al potenziamento cognitivo, la capacità di consenso, le responsabilità legali e la trasparenza

dei processi decisionali²⁸.

Dispositivi come il sistema BrainGate di sensori cerebrali impiantati accoppiati alla robotica in persone con paralisi, stimolatori transcranici fai-da-te, sistemi di stimolazione cerebrale a circuito chiuso o persino interfaccia cervello-cervello pongono questioni di rilevante impatto etico-sociale e legale. Se un dispositivo stimola il cervello mentre si decide un'azione, chi sarà il responsabile dell'azione? Un dispositivo potrà rendere accessibile agli altri l'interiorità dell'esperienza della singola persona? Il dispositivo cambierà il modo in cui si pensa sé stessi e la percezione degli altri? Tali interrogativi fondamentali sorgono anche quando un dispositivo è progettato solo per uno scopo relativamente circoscritto, come il ripristino del funzionamento tramite una protesi intelligente?

Sono questioni soprattutto collegate alle tecnologie di ingegneria neurale come gli stimolatori cerebrali profondi impiantati e le interfacce cervello-computer che rappresentano strumenti potenzialmente trasformativi per migliorare la salute e il benessere umano. L'Hastings Center for Bioethics ha individuato le aree principali di interesse etico nell'ingegneria neurale: identità, normalità, autorità, responsabilità, privacy e giustizia²⁹.

Comunque non sappiamo ancora come funzionano i singoli neuroni e come lavorano insieme per formare circuiti che si traducono in percezione, coscienza e memoria. I costanti progressi in biologia molecolare, neuroscienze e materiali condurranno nel tempo a impianti che con potenti computer, progressi nell'intelligenza artificiale e strumenti per decodificare le enormi informazioni ricevute, saranno in grado di interpretare direttamente l'attività elettrica dentro il cervello. E presto passeranno dall'essere utilizzati esclusivamente per problemi gravi come paralisi, amnesia e disturbi mentali a persone con meno disabilità traumatiche e per il potenziamento delle prestazioni umane. Saranno utilizzati per migliorare la memoria, la concentrazione, la percezione sensoriale e lo stato d'animo.

24 - JA Costa E Silva, RE Steffen, *The future of psychiatry: brain devices*. Metabolism. 2017 Apr; 69S:S8-S12

25 - J.K Krauss, N. Lipsman, T. Aziz et al, T. et al. *Technology of deep brain stimulation: current status and future directions*. Nat Rev Neurol 2021, 17, 75–87

26 - B. Rapaex, T.G. Constandinou, *Implantable brain machine interfaces: first-in-human studies, technology challenges and trends*. Curr Opin Biotechnol 2021; 72:102-111

27 - V. Chamola, A. Vineet, A. Nayyar, E. Hos-sain, *Brain-Computer Interface-Based Humanoid Control: a review*. Sensors 2020; 20, 3620

28 - <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2022/03/17/5-key-themes-in-americans-views-about-ai-and-human-enhancement/>

29 - E. Klein, T. Brown, M. Sample, A.R. Truitt, S. Goering, *Engineering the brain: ethical issues and the introduction of neural devices*. Hastings Cent Rep 2015;45(6):26–35.

Ne risulta che quanto più diffuso è il ricorso al *neuroenhancement*, maggiori e ancor più problematiche saranno le conseguenze, comprese anche quelle meno prevedibili. Ma ciò significa, ancor più, abitare queste innovazioni con consapevolezza. Ritornano attuali e profetiche le parole del cardinale Carlo Maria Martini nei dialoghi de “Le cattedre dei non credenti”: «Sono così minacciose tutte le tecnologie del virtuale? L'intero cammino verso l'intelligenza artificiale finirà per svalutare il valore della persona, riducendola a pura meccanica? O, invece, saranno i valori dell'uomo a indurre la scienza ad aprire nuovi fronti grazie alle conquiste tecnologiche? [scenario, questo] molto incoraggiante, purché l'intelligenza umana rimanga padrona dei processi»³⁰.

Emerge la necessità di un “nuovo umanesimo”, una opportunità per gettare un nuovo ponte tra filosofia, tecnologia, scienze naturali e cultura. Una riproposizione di “Bioethics. Bridge to the Future”, verso «un umanesimo digitale che non trasforma l'essere umano in una macchina e non interpreta le macchine come esseri umani, [che] riconosce la peculiarità dell'essere umano e delle sue capacità, servendosi delle tecnologie digitali per ampliare, non per restringerle, [che] si distingue dalle posizioni apocalittiche perché confida nella ragione propria degli esseri umani e dalle posizioni euforiche perché considera i limiti della tecnologia digitale»³¹.

Ecco l'esigenza di un'etica per gli algoritmi³², di un'etica per le tecnologie digitali ovvero dell'«algoretica»³³. «Notiamo un possibile parallelismo tra le origini della bioetica – quindi un neologismo che oggi designa un

campo di indagine abbastanza chiaramente definito – e l'idea di un'etica per le tecnologie digitali, proposta con il neologismo algoretica. Nei due casi la riflessione etica viene provocata da coloro che operano sul campo e sono al centro dei processi di trasformazione delle loro discipline: genetisti e medici allora, scienziati dei dati e dei computer ora. Ma lo scenario si arricchisce oggi di un ulteriore elemento. [...] Biologia e informatica non sono più separate, ma procedono in stretta connessione»³⁴.

Parlare di algoretica significa mettere in campo l'esigenza di una elaborazione di sistemi informatici che siano in grado di rispettare alcuni principi fondamentali, come la tutela della privacy, la libertà personale e di educazione, la non discriminazione sociale, il controllo umano delle fonti delle informazioni: dati che già oggi possono essere autonomamente “governati” da alcuni algoritmi. Questo richiede un processo che limiti la potente autonomia delle macchine (algocrazia), in modo che la decisione ultima sfugga agli automatismi di un software³⁵. Infatti, con macchine learning sufficientemente potenti, ci saranno poche aziende che avranno in mano l'intelligenza globale del pianeta (global repository of intelligence); un monopolio di imprese con un possesso illimitato di dati sensibili³⁶. Un progetto di algoretica richiede che siano coinvolti diversi soggetti: non solo i programmatori e i grandi gruppi industriali che stanno alle loro spalle, ma gli stessi utenti, che debbono “imparare” a muoversi in questo nuovo ambiente culturale. Non basta, infatti, domandarsi che uso facciamo della tecnologia, ma bisogna chiederci che uso fa la tecnologia dei nostri stili di vita, delle nostre capacità e della nostra stessa personalità. Del resto, un “buon

algoritmo” non è detto che sia di per sé stesso un “algoritmo buono”, cioè capace di non privarci dell'autonomia di pensiero e di spirito critico. In un'epoca in cui rischiamo di delegare alla tecnologia molti dei processi decisionali – non solo in campo diagnostico ma anche a livello economico – occorre, quindi, che si potenzino le capacità propriamente umane di governare i prodotti tecnologici che fanno parte della nostra vita quotidiana³⁷.

Dignità della persona, giustizia, sussidiarietà e solidarietà rappresentano, ancora una volta, paradigmi di riferimento³⁸. Ciò non significa il rifiuto o la condanna delle tecnologie, piuttosto la corretta e virtuosa comprensione sia delle modalità di applicazione sia delle correlate evoluzioni. È una visione positiva, realistica che evidenzia sì preoccupazioni in merito al pragmatismo tecnocratico ma al contempo vede nelle tecnologie un agire promettente dell'uomo³⁹. È tema bioetico ma non solo. È anche tema di biopolitica. In altri termini: non basta semplicemente affidarci alla sensibilità morale di chi fa ricerca e progetta dispositivi e algoritmi; occorre invece creare corpi sociali intermedi che assicurino rappresentanza alla sensibilità etica degli utilizzatori e degli educatori⁴⁰.

Il Parlamento Europeo, nella Risoluzione approvata sulle Raccomandazioni alla Commissione concernenti norme di diritto civile sulla robotica, sottolinea che il quadro etico di orientamento dovrebbe essere basato sui principi di beneficenza, non maleficenza, autonomia e giustizia, nonché sui principi sanciti all'art. 2 del trattato sull'Unione europea e nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea quali la dignità umana, l'uguaglianza, la giustizia e l'equità, la non discriminazione, il consenso informato, la vita privata e familiare e la protezione dei dati, così come sugli altri principi e valori alla base del diritto dell'Unione come la non stigmatizzazione, la trasparenza, l'autonomia, la responsabilità individuale e sociale⁴¹.

30 - Cit. in L. FLORIDI, F. CABITZA, *Intelligenza artificiale*. Bompiani, Firenze 2021, p. 24

31 - J. Nida-Rumelin, N. Weidenfeld, *Umanesimo digitale*. Franco Angeli, Milano 2019, p. 8

32 - La voce algoritmo viene dal latino medievale *algorithmum* o *algorismum*, latinizzazione di *al-Xwārizmī* ('uomo) della Corasmia' (regione dell'Asia centrale, oggi divisa tra il Turkmenistan e l'Uzbekistan), soprannome del famoso matematico arabo del IX secolo Muḥammad ibn Mūsā. Nel Medioevo il termine faceva riferimento a un 'sistema di calcolo fondato su cifre arabe'; oggi, il significato specialistico (matematico) è quello di 'insieme di regole per la risoluzione di un calcolo numerico' e per estensione 'metodo o procedimento matematico per la risoluzione di un problema'.

33 - P. Benanti, *Oracoli. Tra algoretica e algocrazia*. Luca Sossella Ed. 2018. Cf. Francesco, *Discorso del Santo Padre Francesco ai partecipanti al Congresso "Child dignity in the digital world"*. Città del Vaticano, 14.11.2019

34 - C. Casalone, *Una ricerca etica condivisa nell'era digitale*. La Civiltà Cattolica 2020, II pp.30-43; 4075 (4/18 aprile 2020). Cfr. A. Pessina, *Algor-etica: un neologismo per un progetto ambizioso*, in <https://cattolicanews.it/pessina-algor-etica-un-neologismo-per-un-progetto-ambizioso>

35 - «Con il termine algocrazia viene descritto un ambiente digitale di rete in cui il potere viene esercitato in modo sempre più profondo dagli algoritmi, cioè i programmi informatici che sono alla base delle piattaforme mediatiche, i quali rendono possibili alcune forme di interazione e di organizzazione e ne ostacolano altre», in A. Delfanti, A. Arvidsson, *Introduzione ai media digitali*. Il Mulino, Bologna 2013, p. 23

36 - CNB, CNBSV, *Sviluppi della robotica e della roboetica*. Roma, 17.7.2017

37 - Francesco, *Incontro con i partecipanti alla plenaria della Pontificia Accademia per la Vita*. Città del Vaticano, 28.2.2020

38 - Ibidem

39 - Ibidem

40 - Ibidem

41 - Parlamento Europeo, *Risoluzione Raccomandazioni alla Commissione concernenti norme di diritto civile sulla robotica* (2015/2103 INL) (16.2.2017)



II SESSIONE

I QUESITI PREVIDENZIALI

Moderatori: Mario Scali,
Angelo Di Mola

I PROBLEMI PREVIDENZIALI NELLA QUOTIDIANITÀ PROFESSIONALE

QUESTION TIME E FAQ. RISPOSTE AI QUESITI PRESENTATI.

Vittorio Pulci



Buongiorno a tutti, grazie al Presidente e a tutto il Consiglio dell'Ordine per l'opportunità che ci dà di presentare la Fondazione Enpam ai nostri iscritti. Noi cercheremo di avere un approccio molto pratico, ci sono state fatte delle domande, alcune delle quali sono anche abbastanza critiche,

ossia toccano dei nervi un po' scoperti della Fondazione. Questo ci fa piacere, così dobbiamo metterci un pochino alla prova e spiegare alcune scelte che abbiamo fatto fino ad ora. La prima domanda che ci è stata posta è: "Perché l'Enpam non ha introdotto il riscatto agevolato come l'Inps?" Cercheremo di spiegare il motivo facendo riferimento sia all'istituto del riscatto agevolato, che è stato recentemente introdotto dall'Inps, sia a tutte le forme di contribuzione aggiuntiva e integrativa che prevede la Fondazione Enpam.

In primo luogo, è necessario evidenziare che il riscatto di laurea agevolato è un istituto che può essere richiesto solo da coloro che hanno maturato periodi coperti dal sistema di calcolo contributivo (cioè chi ha il sistema retributivo o misto non lo può fare), quindi i periodi di riferimento del riscatto devono collocarsi nel sistema di calcolo contributivo. Questo riscatto ha un duplice valore, come tutti i riscatti di laurea: da una parte aumenta l'anzianità contributiva, dall'altra aumenta l'entità della pensione finale. Quindi è utile anche ai fini del raggiungimento del requisito minimo per la pensione di vecchiaia o anticipata. Tale riscatto è "agevolato" in quanto consente di pagare un importo inferiore rispetto alle altre tipologie di riscatto. L'onere è infatti quantificato in un importo forfettario pari a circa

5.360 Euro per ogni anno da riscattare. Normalmente, il costo del riscatto invece è rapportato alla retribuzione degli ultimi dodici mesi e, quindi, nel caso illustrato nella slide a titolo esemplificativo, un soggetto che ha una retribuzione di circa 32mila euro per ogni anno di riscatto avrebbe dovuto pagare diecimila euro. a fronte di 5360 previsti con il riscatto agevolato. L'agevolazione principale è appunto pagare un costo inferiore e, ovviamente, poter andare in pensione con una maggiore anzianità contributiva. In merito, si ricorda che per accedere alla pensione di vecchiaia, nel sistema Inps ci vogliono almeno vent'anni, oppure, sempre per il sistema Inps, per accedere alla pensione anticipata sono necessari 42 anni e 10 mesi per gli uomini e 41 anni e 10 mesi per le donne.

Quali sono gli svantaggi di questo sistema? Più avanti verranno meglio illustrati rapportandoli al sistema Enpam.

Per ora, evidenziamo che lo svantaggio innanzitutto consiste nel dover optare per il sistema di calcolo contributivo, ossia di poter accedere a tale riscatto solo nel caso di calcolo contributivo. Inoltre, questo riscatto viene normalmente attivato da soggetti giovani, che ancora non hanno maturato una rilevante anzianità contributiva; è vero che l'onere dovuto è basso, ma è anche bassa la deducibilità fiscale

che si può ottenere da questo riscatto. Tutti i contributi previdenziali, sia quelli obbligatori che quelli facoltativi, sono interamente deducibili dal reddito, e questo è un grandissimo vantaggio, è un bonus che ci si può giocare una volta nella vita, e quindi è bene giocarselo quando si ha un reddito elevato e quindi l'aliquota marginale Irpef è più alta, in maniera tale da avere il massimo beneficio della deducibilità fiscale. E quindi questo è il secondo svantaggio del riscatto di laurea agevolato.

Cosa succede versando poco in un sistema di calcolo contributivo? Si avrà un rendimento basso, perché tutte le pensioni partono dal presupposto che più si versa e maggiore sarà la pensione. In particolare, in un sistema di calcolo contributivo, se si versa poco si raccoglierà poco quando si andrà in pensione.

Diverso è il sistema Enpam. Nel sistema Enpam noi permettiamo il riscatto al nostro iscritto dopo dieci anni di anzianità contributiva, perché? Perché, nel frattempo, si matura una base retributiva abbastanza stabile. Questo è importante perché in realtà quando "compriamo" il riscatto degli anni di laurea è come se "comprassimo" una percentuale del nostro reddito. Come vediamo dall'esempio nella slide successiva, riscattando sei anni di laurea, è come se noi comprassimo circa l'8,5% del nostro reddito medio. Questo reddito medio, quando si è giovani, è più basso, quindi facendo da giovani il riscatto, si paga un onere corrispondente a un beneficio basso perché il reddito su cui viene calcolato è basso. In seguito, quando andremo a calcolare la pensione si applicherà agli anni riscattati quell'aliquota che ci siamo "comprati" quando abbiamo fatto il riscatto, su una base molto più alta, perché nel frattempo il nostro reddito da lavoro professionale sarà cresciuto e quindi andremo a raccogliere più di quello che abbiamo pagato con il riscatto.

Andiamo a vedere quindi un caso specifico. Questo è un iscritto alla medicina generale che riscatta sei anni, ha un incremento quindi dell'8,4% del suo reddito medio. Ipotizziamo che quando ha fatto il riscatto nel 2019 il suo reddito medio sia stato di 30mila euro e quando andrà in pensione, dopo circa venticinque anni, sarà di sessantamila euro. Il beneficio che lui ha acquistato è di 2520 euro ed è co-

stato 31.923 euro interamente deducibili. Quando andrà a incassare questo assegno, l'8,4% si calcolerà non su 30mila euro che erano il reddito medio sul quale abbiamo calcolato il beneficio, ma sui 60mila euro che sono il reddito finale e quindi potrà beneficiare di un raddoppio del beneficio. Quindi il riscatto diventa una sorta di scommessa su sé stessi, oltre al beneficio che uno acquista e che viene calcolato al momento del calcolo del riscatto, ci sarà tutto un margine che può essere normalmente migliorativo, ma teoricamente anche peggiorativo, in funzione dell'evoluzione del proprio reddito. Quindi, se il reddito aumenterà io avrò un beneficio maggiore, se il reddito diminuirà, cosa che accade praticamente rarissimamente, avrò un beneficio leggermente migliore.

Qual è un'altra criticità rispetto al nostro sistema di calcolo? Il costo per riscattare sei anni è di 31mila euro complessivi, ma il costo per ciascun anno è inferiore ai cinquemila euro richiesti per il riscatto con il sistema agevolato; quindi, è un sistema agevolato, in realtà, per chi ha dei redditi molto alti e per il sistema Inps che prevede una aliquota contributiva molto elevata del 33%. Il nostro sistema invece prevede delle aliquote più basse, con dei costi anche più bassi del riscatto.

Il segreto del riscatto, come tutte le cose in ambito previdenziale, è quello di farlo per tempo e qui mi rivolgo soprattutto ai giovani, bisogna fare il riscatto quando si è giovani, appena c'è la possibilità di farlo, perché se si fa quando manca tanto tempo al pensionamento costa molto poco, se invece si fa in prossimità del pensionamento costa tantissimo. Quindi è meglio essere previdenti e operare per tempo. Il riscatto va fatto molto giovani perché il costo del riscatto è in funzione proprio dell'età, del sesso e dell'anzianità contributiva del soggetto.

A titolo esemplificativo, un riscatto fatto sulla quota B da parte di un soggetto con un reddito complessivo di 40mila euro fra quota A e quota B, ha un onere sostanzialmente simile a quello previsto con il riscatto agevolato. Per tale motivo, tendenzialmente, nel sistema Enpam non c'è un particolare beneficio nel fare il riscatto agevolato. Ricordiamo poi quali sono le criticità per l'iscritto. Un riscatto agevolato, simile a quello dell'Inps, ci costringerebbe a cambiare sistema di calcolo,

perché questo istituto è pensato per il sistema di calcolo contributivo, che è un sistema tendenzialmente più penalizzante rispetto a quello CIVI che è il sistema della Fondazione Enpam; quindi, per poter accedere a questo riscatto innanzitutto si dovrebbe optare per il sistema di calcolo contributivo, che è peggiorativo, e quindi a nostro giudizio non è assolutamente consigliabile.

Dopodiché, valgono le stesse argomentazioni sopra riportate. Il riscatto è un bonus che ci si può giocare una volta nella vita, se te lo giochi con somme basse e quando sei giovane è un doppio danno, metti poco nel tuo salvadanaio previdenziale e quindi otterrai poco quando andrai in pensione. Inoltre, non sfrutti al massimo la deducibilità fiscale, perché la deducibilità fiscale essendo in proporzione al reddito, (le aliquote marginali crescono al crescere del reddito fino ad arrivare al 43% oltre i 75mila euro), è chiaro che una persona che è un pochino più avanti nella professione la sfrutta sicuramente meglio di un giovane appena entrato.

Ma qual è la finalità di tutti i riscatti, di tutte le contribuzioni che noi vogliamo aggiungere nella contribuzione obbligatoria? E' quello di avere una pensione adeguata al nostro stile di vita. Adeguatezza della prestazione vuol dire avere una pensione che è il più simile possibile al reddito che si percepisce durante l'attività lavorativa. Per fare questo la nostra Fondazione ha attivato tantissimi istituti (alcuni veramente innovativi che forse non conoscete, che vedremo dopo), come i riscatti di varie tipologie, l'aliquota modulare, cioè la possibilità di versare volontariamente una contribuzione aggiuntiva, la ricongiunzione che è prevista dalla legge, cioè far concentrare presso la propria gestione tutti i contributi che sono sparsi presso altri Enti previdenziali, e infine abbiamo anche un ulteriore strumento che è la previdenza complementare, anche questo per i giovani è un strumento molto importante sicuramente da attivare.

Tornando al riscatto, questo come abbiamo visto ha due funzioni: quello di aumentare gli anni di anzianità contributiva e quello di incrementare la pensione. Le diverse tipologie di riscatto che abbiamo per le diverse gestioni sono: il riscatto degli studi universitari, della specializzazione, del corso di

formazione in medicina generale, del servizio militare, del servizio civile, del periodo pre-contributivo. Quest'ultimo è rivolto principalmente a tutti coloro che si sono iscritti alla quota B, gestione che nasce nel '90 per i medici e addirittura nel '95 per gli odontoiatri. Tutti i periodi di iscrizione all'Albo precedenti a queste date possono essere oggetto di riscatto, fino a un massimo di dieci anni, quindi, si possono recuperare dieci anni di anzianità contributiva e, se sommati alla laurea o specializzazione, si può arrivare complessivamente a vent'anni di riscatto sulla quota B.

Poi abbiamo alcuni riscatti particolari come i periodi di sospensione dell'attività già liquidati che valgono solo per la gestione del fondo speciale.

Ma la cosa sulla quale mi vorrei un attimo soffermare è il riscatto di allineamento. Il riscatto di allineamento è un istituto unico, che esiste solo presso la Fondazione Enpam perché è stato pensato solo per gli iscritti all'Ente. E' un riscatto che consente di allineare la contribuzione di uno o più anni di importo inferiore a quella più alta versata negli ultimi anni coperti da contribuzione effettiva; sostanzialmente, l'obiettivo è quello di garantire al soggetto la possibilità di versare un contributo aggiuntivo per raggiungere l'importo di pensione di cui effettivamente si vuole beneficiare. Tecnicamente in che cosa consiste? Si chiama riscatto di allineamento perché consente di allineare alla media degli ultimi tre anni o 36 mesi di contribuzione tutti i periodi di contribuzione precedenti. Cerchiamo di farlo vedere graficamente, questo è l'andamento diciamo, di una contribuzione, tendenzialmente la contribuzione è crescente, non fosse altro che aumenta l'inflazione e quindi la contribuzione si adegua all'inflazione, ma normalmente c'è una curva crescente del reddito che deriva anche dalla crescita professionale. Come vedete i contributi degli ultimi anni sono più alti. Noi che cosa facciamo? Determiniamo la media dei contributi degli ultimi tre anni dopodiché con un calcolo simuliamo come se tutti gli anni - qui ne abbiamo messi solo sei, ma in realtà immaginate che gli anni possono essere molti di più - finché non si va in pensione, 30 anni, 40 anni, che vengono allineati alla media degli ultimi tre anni. Questo che cosa comporta? Comporta che aumenta

tantissimo la contribuzione, aumenta il reddito sul quale viene calcolata la pensione e quindi si ha una pensione più alta. Questo è lo strumento tecnico, dopodiché però quello che uno si deve chiedere quando fa questo riscatto è: 'quanto voglio aumentare la mia pensione? la voglio aumentare di mille euro? Saprò che per mille euro di pensione io dovrò moltiplicare, vedete c'è un numero in basso in questa proposta, 11,097, se voglio incrementare di mille euro la mia pensione mi costerà 11mila euro, la voglio aumentare di tremila euro, spenderò 33292 euro, la voglio aumentare di 10mila euro, perché questo riscatto consente di avere degli incrementi veramente importanti della contribuzione; voglio aumentarlo di 10mila euro, dovrò spendere 112mila euro. Io personalmente quando ero dirigente del Servizio contributi ho avuto un vostro collega che è venuto e ha fatto un riscatto per 500mila euro. Era un titolare di una Casa di Cura, una persona che aveva ovviamente dei redditi altissimi, ma lui ha fatto un riscatto di 500mila euro, l'ha pagato in cinque anni, in rate semestrali per cinque anni e si è portato in deduzione il costo in cinque anni, ogni anno 125mila euro di contributi che sono interamente deducibili dal reddito. Questo riscatto ha questa potenzialità, può portare a queste conseguenze. Ovviamente se uno vuole riscattare per incrementare la sua pensione annuale solo di mille euro dovrà versare semplicemente 11mila euro.

Come si pagano questi riscatti? I riscatti sono innanzitutto estremamente flessibili, proprio perché è una contribuzione volontaria, non obbligatoria, diamo il massimo, la massima libertà ai nostri iscritti. Quindi innanzitutto quando si fa domanda di riscatto, questa non è vincolante; quindi, se non si accetta decade automaticamente il riscatto, dopodiché se si hanno magari degli anni in cui, per motivi fiscali, si vuole versare dei soldi in più, si possono versare degli acconti ulteriori a fine anno e quindi diminuisce l'importo della rata. Si può sospendere il pagamento, al massimo per due anni, delle rate senza che questo comporti niente, se non ovviamente il recupero delle rate scadute. E' un sistema molto flessibile che consente, soprattutto a chi ha dei redditi alti, di poter utilizzare lo strumento della deducibilità fiscale in maniera molto effi-

ciente. I versamenti sono semestrali, vengono fatti tramite Mav, con scadenza giugno-dicembre. Se si riscattano sei anni di laurea si può pagare in nove anni, se si riscattano quattro anni di laurea si possono pagare in sei anni, quindi la regola è che si possono rateizzare gli anni di riscatto fino a un massimo di una volta e mezzo degli anni effettivamente riscattati.

Sulla deducibilità ho già parlato, quindi non mi soffermo, ricordatevi che le somme sono interamente deducibili dal reddito senza limiti, in questo caso non è come nella previdenza complementare che c'è un tetto fino cinquemila euro, qui come vi ho detto, 100mila euro versati di riscatto, 100mila euro sono interamente deducibili dal reddito.

Riscattare è una cosa intelligente. Probabilmente iscriversi mentre si è studenti è ancora più intelligente, perché in questo caso gli studenti - che grazie a una nostra iniziativa legislativa, adesso si possono iscrivere all'Enpam già dal quinto anno di iscrizione alla Facoltà di Medicina o di Odontoiatria - evidentemente hanno un beneficio enorme perché, in realtà, hanno una anzianità contributiva di un anno pagando solo 120 euro, e oggi sappiamo, soprattutto dai dipendenti ospedalieri, quanto è importante avere un anno in più di iscrizione all'Albo, un anno in più di iscrizione all'Enpam, un anno in più di iscrizione alla vituperata quota A che tutti ovviamente non sono contenti di pagare, ma quando poi i dipendenti ospedalieri hanno scelto di andare in pensione e hanno potuto valorizzare gli anni di iscrizione all'Albo precedenti all'entrata in ospedale per poter andare in pensione in cumulo, quella quota A, che all'epoca costava poche decine di migliaia di lire, è stata fondamentale per poter andare in pensione e lo è ancora perché l'anzianità contributiva che viene maturata dagli studenti è valida per il sistema Enpam anche come anzianità, ad esempio, per la pensione anticipata di quota B e della medicina generale. Tutto questo con 120 euro all'anno, pagabili anche in un momento successivo. I numeri confermano questo vantaggio: più di quindicimila studenti si sono iscritti all'Enpam prima dell'obbligo contributivo. Ci sono poi ulteriori vantaggi. Oltre al fatto di maturare l'anzianità contributiva, si può accedere a tutta una serie di benefit che vengono assicurati dalla semplice iscrizione alla quota A, quali

i sussidi in caso di maternità, se una studentessa aspetta un bambino le spetta la tutela minima prevista della maternità per le libere professioniste, almeno cinquemila euro, in più diamo una indennità aggiuntiva, il bonus bebè, di duemila euro, quindi complessivamente settemila euro solo per questo, poi l'accesso a tutte le convenzioni Enpam, la possibilità di accedere ai mutui Enpam anche successivamente, le prestazioni assistenziali e, la possibilità di poter beneficiare di 15mila euro di pensione complessiva qualora ci sia una invalidità o una premorienza.. Inoltre, la Long Term Care in caso di non autosufficienza, di perdita delle capacità di svolgere le attività della vita quotidiana. L'assicurazione contro questo evento consente di avere 1200 euro esentasse aggiuntive rispetto alla pensione di invalidità che vi spetta. Questa è una tutela che spetta a tutti i giovani e spetta a tutti coloro che avevano meno di 76 anni al primo agosto di quest'anno. Praticamente è il 95% dei nostri fra iscritti e pensionati. Tutto questo con la quota A.

Come ho già detto un altro istituto per aumentare la pensione è l'aliquota modulare, al momento prevista per molte categorie quali continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina generale, pediatria, specialisti esterni ad personam, ma anche altre categorie hanno chiesto di attivarla, come ad esempio i liberi professionisti, iscritti alla quota B. Tale istituto consente di aumentare fino a cinque punti l'aliquota contributiva e ovviamente in proporzione ci sarà il beneficio in termini di pensione. Ad esempio, con un reddito di 100mila euro ci sarà un versamento aggiuntivo di cinquemila euro che garantisce un incremento della pensione annua di 320 euro.

Un altro strumento che Fondazione Enpam mette a disposizione dei propri iscritti per migliorare la propria posizione contributiva o meglio, la propria posizione previdenziale, è la previdenza complementare. L'Enpam è stato fra i fondatori, promotori, di Fondo Sanità che derivava da Fondo Dentisti. A seguito della modifica dello Statuto Fondo Sanità è entrato a far parte, diciamo, della galassia Enpam e anche per questo noi favoriamo l'ingresso in Fondo Sanità, come? Cercando di stimolare i giovani ad entrarvi. Vi spiegherò dopo perché anche in questo caso è importante entrarci presto. Ma basta

mettere 500 euro, o anche solo 200 euro sul Fondo e si comincia a maturare l'anzianità contributiva che sarà molto utile dopo 35 anni al momento di incassare la prestazione. Per favorire proprio questo ingresso noi paghiamo per tutti gli iscritti infratrentacinquenni che accedono a Fondo Sanità il primo anno di iscrizione e le spese di associazione. Quindi un totale di 86 euro è messo a disposizione per ogni iscritto che si iscrive per la prima volta a Fondo Sanità. La stessa cosa è riconosciuta anche per gli studenti che, come abbiamo visto prima, si possono iscrivere alla Fondazione Enpam e quindi si possono iscrivere anche a Fondo Sanità.

Perché è importante iscriversi giovani al Fondo di previdenza complementare? La deducibilità l'abbiamo già vista, quindi, anche se quando si è giovani non ci si pensa perché normalmente sono i genitori che pagano i contributi della previdenza complementare, è importante iscriversi presto perché da quel momento si comincia a maturare l'anzianità contributiva. Questa anzianità contributiva, quando arriva a 35 anni, garantisce che la pensione finale che viene erogata dal Fondo e che sarà tassata solo al 9%, cioè non è tassata con l'aliquota progressiva e marginale come le pensioni normali, e le pensioni Enpam, ma verrà tassata con una aliquota sostitutiva del 9%. Se si ha una anzianità contributiva più bassa, l'aliquota sarà del 15%. Ma iniziando presto e arrivando a 35 anni di anzianità contributiva si può avere una tassazione solo del 9% della prestazione finale. E questo è molto importante. Sappiate, ad esempio, che siccome anche noi dipendenti della Fondazione siamo iscritti a Fondo Sanità, io ho iscritto i miei figli a Fondo Sanità in maniera tale che già adesso incomincino a maturare il beneficio di una minore tassazione finale del trattamento pensionistico.

La seconda domanda riguarda le persone che sono già andate in pensione e continuano a lavorare dopo il pensionamento come liberi professionisti. La domanda è: come vengono valorizzati i contributi versati alla quota B dopo il pensionamento? Spesso i nostri pensionati si lamentano nel momento in cui ricevono il supplemento di pensione dicendo: 'ma io ho versato un sacco di soldi e la mia pensione aumenta di molto poco'. Spieghiamo la storia del supplemento di pensione, e la storia

della contribuzione dopo il pensionamento. Innanzitutto, noi siamo l'unico ente che dà il supplemento di pensione annuale, cioè quest'anno verso il contributo, l'anno prossimo avrò il beneficio direttamente sulla pensione, senza neanche bisogno di fare la domanda, in quanto è automatico, e viene liquidata in automatico dall'Enpam. Gli iscritti alla gestione separata per i liberi professionisti che non hanno una Cassa o per i lavoratori autonomi invece devono fare innanzitutto domanda all'Inps, poi, la liquidazione può essere richiesta dopo due anni la prima volta, e successivamente ogni cinque anni. Mentre l'Enpam come detto liquida ogni anno quello che viene versato. Inoltre, dobbiamo ricordare che la nostra aliquota contributiva ridotta per i pensionati è molto bassa, pari al 9,5%, mentre l'aliquota ridotta della gestione separata è il 24%. Ma dobbiamo ricordare che fino al 2009 i pensionati della Fondazione potevano scegliere di non versare il contributo dopo il pensionamento, l'Enpam non li obbligava a versare. Nel 2009 l'Inps con l'operazione Poseidone, di emersione dal loro punto di vista dell'evasione contributiva dei pensionati, ha accertato tutti i lavoratori pensionati che non versavano nelle loro Casse, dicendo: 'se tu non versi alla Cassa, siccome c'è la gestione separata che è la gestione residuale che copre tutti i redditi che non sono coperti da contribuzione, devi versare a me', e hanno mandato gli accertamenti a tappeto a tutti i pensionati, applicando l'aliquota dell'Inps con sanzioni che arrivavano fino al 60% del contributo evaso. Ovviamente la Fondazione si è attivata, sono stati messi in atto tutta una serie di presidi che hanno fatto venir meno questi accertamenti, abbiamo recuperato alla Fondazione Enpam questi pensionati. Successivamente, il legislatore ha stabilito che il contributo dei pensionati deve essere pagato in misura non inferiore alla metà dell'aliquota ordinaria. Per questo l'aliquota ridotta per i pensionati è del 9,75% pari alla metà di quella intera, ma avremmo anche potuto fissarla in misura più alta come l'Inps con l'aliquota piena al 19%, e l'aliquota ridotta è del 18,50%. In realtà abbiamo cercato di dare il massimo dei benefici ai nostri pensionati mettendo l'aliquota ridotta al 50%. Dopodiché quanto rende? Questo è un esempio, è uno stress test, direbbero gli attuari, dove vediamo che per i primi sedici anni di

contribuzione se un nostro pensionato versasse sempre lo stesso importo a noi e alla gestione separata, il nostro rendimento è sempre maggiore fino al diciassettesimo anno. Ma soprattutto quello che dobbiamo evidenziare è che i pensionati nel complesso della loro vita post-lavorativa, nel caso in esame, devono versare all'Enpam 18mila euro, mentre, alla gestione separata ne devono versare 45.600 con rendimento, come vi ho detto, per i primi diciassette anni inferiori a quelli che dà l'Enpam; quindi sicuramente non diamo tantissimo ai pensionati, ma li abbiamo sempre tutelati, abbiamo fatto il massimo per fargli pagare il minimo e sostanzialmente cerchiamo di tutelarli nei miglior modi possibili e comparativamente li trattiamo meglio rispetto alla gestione separata Inps.

L'ultima domanda riguarda come ottenere una ipotesi di pensione? In realtà la domanda l'abbiamo un po' edulcorata perché in realtà la domanda sarebbe stata: 'perché quando faccio come ambulatoriale una richiesta di ipotesi di pensione ci vogliono anche anni prima che arrivino le risposte? -La risposta sugli ambulatoriali ve la darò alla fine, integrandola in un discorso un pochino più generale. Qui vi facciamo vedere come si possono ottenere veramente le ipotesi di pensione.

Negli ultimi anni abbiamo cercato di fare veramente il massimo per garantire la consapevolezza previdenziale dei nostri iscritti, cioè capire quale sarà il trattamento previdenziale quando si andrà in pensione è fondamentale, perché? Perché così si può porre in essere un intervento per migliorarla se questa pensione non viene considerata adeguata. Come abbiamo visto, il problema principale della pensione è l'adeguatezza, cioè devono essere adeguate allo stile di vita, al tenore di vita precedente al pensionamento. Per farlo, bisogna sapere che importo avrà la propria pensione e quanto eventualmente si deve integrare per arrivare al livello di tutela che si vuole ottenere. Abbiamo attivato sul nostro portale tantissimi servizi di "busta arancione", così detta perché la prima ipotesi di pensione è stata fatta in Svezia e veniva mandata a casa delle persone dentro a una busta effettivamente arancione, per questo si chiama busta arancione. Ne parlava Brambilla tanti anni fa, quindici anni fa, noi siamo stati il primo Ente di previdenza che l'ha fatto veramente, l'Inps è venuto tanti anni dopo.

Con tale servizio è possibile simulare: l'ipotesi di pensione di vecchiaia del fondo generale quota A, l'ipotesi anticipata con il sistema contributivo di quota A, l'ipotesi di vecchiaia della quota B, l'ipotesi di vecchiaia ordinaria per la medicina generale e anche l'ipotesi del raggiungimento dei 70 anni, sia per quanto riguarda la medicina generale che per la quota B, nell'ipotesi c'è anche l'indicazione della quota che sarebbe trasformabile in capitale fino al 15% (perché noi abbiamo anche la possibilità di trasformare una quota di pensione in capitale) e quanto sarebbe la pensione residua. Tutto questo entrando nella propria area riservata e cliccando sul pulsante. Da maggio 2022 abbiamo anche attivato l'ipotesi di pensione per gli specialisti ambulatoriali. Perché lo abbiamo fatto dopo così tanto tempo? E perché, come vedremo dopo, abbiamo centinaia di migliaia di ipotesi sulle altre gestioni mentre sugli ambulatoriali sono state fatte "solo" 768 ipotesi online? Ricordiamo innanzitutto che gli ambulatoriali sono circa 17mila, e che comunque non è un brutto numero 768, in quanto per le ipotesi degli specialisti ambulatoriali bisogna raccogliere tutta una serie di dati ulteriori rispetto ai dati contributivi (come le medie orarie). Mentre per tutte le altre gestioni noi partiamo dai contributi che abbiamo registrato in archivio e in base a quelli facciamo il calcolo della pensione, per gli specialisti ambulatoriali i contributi registrati in archivi di per sé non sono sufficienti per determinare quale sarà la pensione, perché la pensione è funzione anche della media oraria del soggetto per l'intera vita contributiva e della media contributiva oraria dell'ultimo quinquennio di attività, quindi è un sistema di calcolo completamente diverso da quello delle altre gestioni. Per fare questa ipotesi quindi chi è interessato deve acquisire presso la propria Asl questi dati e noi gli diamo la possibilità di inserirli online in maniera tale d'avere direttamente una ipotesi.

Meno di un mese fa, abbiamo messo online la prima ipotesi di pensione anticipata per la Medicina generale, molto importante, sta avendo un grandissimo successo; il prossimo passo sarà quello di metterla anche per la quota B del Fondo di previdenza generale. Da gennaio a ottobre di quest'anno, online sono state fatte oltre 472mila ipotesi. E pensiamo in questa maniera di dare un servizio veramente facilmente

fruibile ai nostri iscritti. Viene illustrato anche l'andamento nel corso degli anni perché sono tanti anni che noi facciamo queste ipotesi online e ogni anno perfezioniamo e aggiorniamo, inseriamo dei servizi nuovi. Un altro canale per avere le ipotesi è quello di chiederlo tramite un apposito modulo reperibile sull'Area Riservata e in questo caso provvedono gli uffici. Gli uffici intervengono anche nei casi complicati dove ci sono posizioni difficili, o ci sono ricongiunzioni, buchi contributivi, situazioni più complesse. Se intervengono gli uffici però vuol dire che viene impiegato personale che deve lavorare su pratiche reali. Gli uffici hanno lavorato circa cinquemila pratiche complessivamente, di cui 384 per gli specialisti ambulatoriali (considerate che una pratica degli ambulatoriali può valere come dieci pratiche normali, come ordine di grandezza, per capire il rapporto). Sicuramente si può fare di più, però dobbiamo anche calarci nel contesto in cui noi stiamo operando in questo momento, un contesto in cui negli ultimi anni si sono sestuplicate le pensioni, cioè più 535% vuol dire che si sono sestuplicate le pensioni della medicina generale. Si sono quadruplicate quelle della specialistica ambulatoriale da 411 a 1800 all'anno, si sono più che triplicate le pensioni del Fondo di Previdenza generale, quota B. E tutto questo in un periodo difficile, colpito dal Covid, durante il quale la Fondazione Enpam si è attivata in maniera, dal nostro punto di vista, estremamente proattiva nei confronti degli iscritti e ha attivato tutta quella serie di iniziative a favore dei propri iscritti che sono state pensate, deliberate, trasmesse ai Ministeri vigilanti, trasformate in procedure informatiche ed in erogazione di soldi. Tutto nell'arco di un anno e mezzo. Il bonus Enpam, il bonus Enpam plus, la gestione del Rui, il reddito di ultima istanza, l'indennità di quarantena, l'indennità per i contagiati, l'indennità per gli immunodepressi, i sussidi per le spese funerarie Covid, l'aumento della pensione per gli iscritti deceduti per il Covid. Tutto questo è stato fatto in un anno e mezzo contemporaneamente alla gestione della gobba previdenziale e la sestuplicazione delle pensioni che vengono erogate. Abbiamo complessivamente erogato oltre 190 milioni e mezzo di euro a favore dei nostri iscritti solo per l'emergenza da Covid, come da bilanci consuntivi che

abbiamo approvato. E ancora adesso non ci stiamo fermando: abbiamo il bonus energia, fino al 30 novembre secondo noi, sino al 15 Novembre secondo i Ministeri, si possono presentare le domande per avere 200 euro di bonus, con 150 euro aggiuntivi per chi ha meno di 20mila euro. Il bonus lo possono richiedere tutti coloro che non sono pensionati e lavoratori dipendenti, lo possono chiedere all'Enpam, devono avere meno di 35mila euro e possono chiedere 200 euro, se hanno meno di 20mila euro possono chiedere 350 euro, quindi 200 più 150. È aperta sul portale la possibilità di fare questa richiesta, stiamo lottando e scriveremo ai Ministeri - prima stavamo correggendo la lettera che dobbiamo mandare ai Ministeri - per chiedere che anche gli specializzandi possano fruire di questo beneficio, perché l'Inps ha scritto che gli specializzandi non potranno avere, il pagamento dei 350 euro. Allora l'Enpam si è attivato. Da oggi alle 10,30 è online il modulo per fare la domanda per gli specializzandi del bonus energia, raccoglieremo le domande, le trasmetteremo ai Ministeri vigilanti e cercheremo di fare arrivare anche a loro questo beneficio che è previsto dalla legge. Io con questo ho concluso, ho risposto alle tre domande, ho cercato di darvi comunque un panorama un pochino più ampio partendo però da problematiche concrete che sono state correttamente sollevate perché sono delle criticità.

Grazie.

QUESTION TIME E FAQ. RISPOSTE AI QUESITI PRESENTATI.

Laura Battistini



Buongiorno a tutti, mi riaggancio a quello che ha detto il dr. Pulci perché vorrei mostrarvi come funziona il sito dell'Enpam e soprattutto l'Area riservata agli iscritti. Intanto due parole sulla sezione denominata "come fare

per". Questa sezione si trova nel sito dell'Enpam, in alto sulla parte destra. Da qui è possibile esplorare tutti i percorsi elencati, entrando nello specifico di ogni argomento, per cui, è possibile recuperare un'informazione che non ricordate o qualcosa che volete approfondire, in maniera molto semplice e anche approfondita. Passiamo ora all'Area riservata. Tutto quello che abbiamo visto prima con il dr. Pulci, anche a causa della pandemia, è stato reso possibile grazie all'implementazione di questa parte dell'area riservata che è diventata appunto strumento fondamentale per poter richiedere anche tutta una serie di sussidi. Quello che vedete sono molte, anzi quasi tutte potrei dire, azioni dispositive che si possono fare, in alcuni casi, solo ed esclusivamente attraverso questa sezione. Ad esempio, la presentazione del modello D, l'attivazione della domiciliazione bancaria per il pagamento dei contributi, le domande di riscatto, di ricongiunzione, la regolarità contributiva, la richiesta della contribuzione ridotta per chi volesse versare la quota B con una aliquota inferiore, le domande di pensione e le detrazioni d'imposta. Inoltre, attraverso l'area riservata è possibile presentare le domande relativamente ai vari bandi pubblicati dall'Ente. Pertanto, il medico attraverso la propria area riservata potrà finalmente effettuare tutte queste richieste. Per accedere sarà necessario entrare nella home page dell'Enpam, in alto a destra sotto la voce Area riservata, cliccare sulla voce "iscritti e familiari", effettuare il login inserendo username e password. Nel caso in cui la password fosse scaduta sarà sufficiente cliccare sul recupero password e ricevere così un nuovo link per poter crearne una nuova molto velocemente. Una volta entrati, nella home page, si possono trovare i servizi in evidenza, che ovviamente possono variare a seconda dei periodi dell'anno. Per esempio, in questo momento potreste trovare le certificazioni fiscali, il modello D perché, chi fa la libera professione deve dichiarare il proprio reddito all'Enpam entro il 31 Luglio di ogni anno, e questo sarà sempre accessibile tramite l'Area riservata. Come potete vedere in elenco risulta anche la richiesta bonus energia, quello di cui vi ha parlato poco fa il dr. Pulci che è sarà pos-

sibile richiedere online fino al 30 novembre. Scrollando verso il basso nella home page troveremo la possibilità di scaricarsi automaticamente il bollettino della quota A, l'ultimo in ordine di apparizione, nel caso fosse andato perso, o nel caso non aveste ricevuto il link direttamente tramite la vostra e-mail. Nel menu di sinistra vedete invece, sono elencati una serie di servizi che adesso andremo a vedere nel dettaglio. I servizi in evidenza sono le "Domande e dichiarazioni online". Cliccando su questa voce si aprirà un sottomenu. Il primo che andiamo ad evidenziare è il modello D. Come sapete il modello D, ormai può essere effettuato solo online. Cliccando sulla voce "Modello D dichiarazione dei redditi prodotto nell'anno 2021" noterete che abbiamo specificato già nella home page qual è l'aliquota contributiva con la quale il medico sta per dichiarare il reddito dell'anno precedente. Quindi lo informiamo che se ci fossero delle modifiche, se ad esempio si fosse perso il diritto alla contribuzione ridotta, sarebbe necessario comunicarlo prima di compilare il modello D oppure, se l'iscritto ha la contribuzione intera e da quest'anno ha diritto e vuole versare con la contribuzione ridotta, dovrà compilare prima il modulo apposito e poi il modello D. Un'altra tipologia di domande da poter compilare online, penso soprattutto ai giovani che magari sono intenzionati a fare questo tipo di valutazione, è quella dei Riscatti. Cliccando quindi sulla voce del menù Riscatti e Ricongiunzioni, sul lato destro si aprirà una pagina nella quale saranno presenti le domande che l'iscritto potrà presentare a seconda dell'attività svolta. In questo esempio vediamo che il medico ha una doppia posizione contributiva e quindi potrebbe presentare sia la domanda di laurea per la quota B o l'allineamento per la medicina generale, o anche tutte e due le domande. Altra cosa interessantissima da valutare, la possibilità di richiedere la regolarizzazione contributiva. Cosa succede se il medico si accorge di non aver pagato la quota B per un paio di anni o di non averla dichiarata affatto e vuole sistemare la propria posizione? Sarà sufficiente cliccare su questa voce e compilare l'apposito modulo. Nel momento in cui compila questa richiesta è come se avesse

pagato a quella data, ovvero, i conteggi delle sanzioni e degli interessi di mora si fermano a quel momento. Inoltre, autodenunciandosi, si vedrà applicato un regime sanzionatorio di minore entità. Per quanto riguarda il bonus energia, di cui abbiamo parlato prima, scrollando verso il basso, sempre sotto la voce 'domande e dichiarazioni online' cliccheremo sulla richiesta del bonus. Ricordiamo quindi che chi volesse attivare la contribuzione ridotta per la quota B dovrà richiederla prima di compilare il modello D, ... ma chi può chiedere la contribuzione ridotta? Chi ha una contribuzione obbligatoria, quindi a seconda della tipologia di attività, potrà scegliere se versare il 2% o il 9,75% come abbiamo visto. Ovviamente versare meno significa poi sfruttare meno la deducibilità fiscale e avere meno pensione in futuro; quindi, questo è un ragionamento che l'iscritto dovrebbe fare con una certa lungimiranza prima di procedere già con la richiesta. Passiamo adesso invece a quello che è un istituto recente, inserito nell'accordo collettivo nazionale ovvero l'autorizzazione per l'avvicendamento pensionistico anticipato. In questo caso stiamo parlando della gestione degli specialisti ambulatoriali in quanto questo istituto per la medicina generale non è ancora attivo. Come funziona? Lo specialista ambulatoriale che volesse andare in pensione "part-time" dovrà prima chiedere la certificazione all'Enpam compilando questo modulo e una volta ottenuta questa autorizzazione -perché si hanno i requisiti per andare in pensione- si dovrà rivolgere alla propria azienda per verificare se ci sono i termini per poter ridurre della metà il proprio orario. Una volta completato l'iter l'iscritto potrà compilare la domanda di pensione e quindi anticipare parzialmente, diciamo appunto part-time, l'uscita pensionistica. Abbiamo detto che ormai anche le domande di pensione sono tutte online, i moduli cartacei sono reperibili esclusivamente presso gli Ordini, dove è quindi possibile compilare il modulo qualora l'iscritto non sia registrato all'Area Riservata o sia impossibilitato a potervi accedere. Vorrei però mettere in evidenza che presentare la domanda online significa attivare una procedura molto veloce e snella; quindi, chi fa la domanda

online nei tempi previsti, si vedrà erogata la prestazione in pochissimo tempo. Facciamo un esempio: come saprete l'Enpam è riuscito ad ottenere la possibilità di far presentare le domande di pensione subito dopo aver comunicato all'azienda che si intende lasciare l'attività in convenzione, quindi due mesi prima dell'uscita pensionistica. Se questo viene fatto dall'iscritto con questa tempistica, la pensione verrà erogata immediatamente dopo la cessazione dell'attività, se cessasse l'attività, per esempio, il 31 dicembre, già dal primo gennaio si vedrà erogata la prestazione, senza soluzione di continuità tra stipendio e pensione. Per quanto riguarda la quota B, ricordiamo che l'età anagrafica di vecchiaia è a 68 anni anche se il libero professionista può continuare a lavorare fino a quando vuole; quindi, non è richiesta la cessazione dell'attività. Cosa succede però se non presenta la domanda a 68 anni ma la presenta più avanti? In questo caso sappiamo che dai 68 a 70 anni ci sarà un rendimento maggiore per quel periodo, per quei due anni che ha lavorato in più. Se però l'iscritto, invece del maggior rendimento, scegliesse di volere gli arretrati della pensione dal compimento del 68 anno di età, dovrà presentare la domanda entro il compimento del 70 anno, facendo attenzione a cliccare in una di queste due voci, ovvero "dal mese successivo al compimento dell'età di vecchiaia". Esempio: il medico arriva a 69 anni e dieci mesi e si accorge di non aver presentato né domanda per la quota A né la domanda per la quota B. Questo non è un problema, in quanto per la quota A la decorrenza sarà sempre dal mese successivo al compimento dell'età anagrafica, mentre per la quota B sarà necessario indicare se vuole la pensione con decorrenza dal mese successivo o se vuole prendere gli arretrati dal compimento del 68 anno. Una volta raggiunti i 70 anni non sarà più possibile richiedere gli arretrati e la pensione decorrerà dal mese successivo al compimento dei 70 anni. Cosa succede invece in caso di domanda di pensione della medicina generale di cui abbiamo accennato prima? Il medico ci comunicherà che cesserà l'attività in data 30 Giugno, per esempio, e di aver dato le dimissioni, chiamiamole così, irrevocabili all'ente

competente. Una volta inserito appunto la data della futura cessazione, dovrà inserire un numero di protocollo con la quale l'azienda recepisce la sua dichiarazione. Una volta inserito anche questo potrà procedere abbastanza velocemente, e una volta inserito l'IBAN avrà praticamente concluso l'iter della domanda di pensione, veramente molto semplice. Nel caso in cui invece faccio vedere, il medico abbia già cessato l'attività e si sia reso conto solo dopo di non aver inviato la domanda di pensione, può succedere, a quel punto non gli sarà richiesto né di indicare la Asl né di riportare il numero di protocollo, ma solo la data di cessazione e, ovviamente, dovrà purtroppo attendere il tempo tecnico perché gli venga erogata la prestazione. Altra cosa da segnalare, voi sapete che sia il medico libero professionista che il medico convenzionato al momento del pensionamento può chiedere il 15% in quota capitale invece di prendere tutto in pensione. Ovviamente questo anticipo, lo ricordiamo, è tassato inizialmente alla fonte al 20% come ritenuta d'acconto e poi in seconda battuta dall'Agenzia delle Entrate che provvederà a calcolare il residuo dovuto in base all'aliquota media dei due anni precedenti al pensionamento. Il medico, però, dovrà comunicare questa scelta nel momento in cui compila la domanda di pensione e tale scelta diventa irrevocabile, specificato anche con la dicitura 'confermo di essere consapevole che questa scelta è irrevocabile'. L'iscritto può quindi scegliere: 'voglio l'anticipo in quota capitale', e quindi, 'voglio tutto il 15%', oppure scegliere un importo specifico, sempre entro il limite del massimo consentito. Adesso passiamo alla "busta arancione", quella di cui vi ha parlato il dr. Pulci. La troveremo sempre nella home page cliccando verso il basso scendiamo e troveremo la voce 'ipotesi di pensione'. Qui si apriranno tutte le ipotesi che il medico può effettuare a seconda del tipo di attività che svolge. Quindi se è un libero professionista e fa anche la medicina generale troverà l'ipotesi di quota A, l'ipotesi di quota B e l'ipotesi della medicina generale. Per la medicina generale abbiamo visto che ormai è possibile effettuare anche l'ipotesi di pensione anticipata -alla prima data utile. Una delle do-



mande più frequenti che mi vengono fatte a proposito dell'ipotesi pensionistica è: 'ma che differenza c'è tra ipotesi A e B e C?'. Come ha un po' anticipato il dr. Pulci, il calcolo della pensione Enpam viene chiamato CIVI, Contributivo Indiretto a Valorizzazione Immediata, cosa significa? Che siamo in grado di ricostruire il compenso dal contributo effettuato e gli posso dare un valore in tempo reale, quindi sappiamo già oggi quanto vale, ovviamente sempre con la regola del pro rata, ovvero del regolamento vigente. Ora, poiché non abbiamo possibilità di interagire con l'iscritto nel momento in cui effettua l'ipotesi, abbiamo previsto tre tipologie di compensi /di redditi diversi da poter proiettare. Pertanto, nell'ipotesi A proietteremo un importo, nell'ipotesi B un altro e nella C un altro ancora, e l'iscritto potrà scegliere quello con il reddito più verosimile al suo. Ricordiamo anche che se l'iscritto ha un riscatto in ammortamento, l'ipotesi lo considererà come interamente pagato; quindi, se poi il riscatto verrà interrotto, l'importo della prestazione risulterà diverso da quello della busta arancione. In tal caso, suggeriamo all'iscritto di effettuare una nuova ipotesi una volta decaduto il riscatto. Un'altra cosa utile che possiamo utilizzare è la possibilità di scaricare i duplicati dei bollettini da pagare. Come avevamo visto, nella home page scrollando verso il basso ci sono i servizi in evidenza. È possibile recuperare i bollettini sia sotto la voce "avvisi di pagamento". Anche la

polizza della LTC sarà attivabile tramite l'Area Riservata cliccando in fondo dove c'è scritto Polizza Emapi LTC, accedi al sito di Emapi e questo indirizzerà l'iscritto sul sito dedicato alla polizza. Per coloro che avessero dei contributi anche in altri enti dovrebbe essere sempre attiva la possibilità di verificare l'estratto conto integrato. Se questa voce non fosse attiva, probabilmente è perché l'iscritto non ha i contributi versati in un altro ente. A questo proposito suggerisco sempre di verificare se si hanno contributi in altri enti, in quanto cerchiamo di fare pre-videnza, e invece spesso capita di parlare con l'iscritto che chiede una consulenza a fine corsa, a 68, 69 anni, e improvvisamente si ricorda di avere degli anni di versamento in Inps. L'ideale sarebbe riuscire a ragionare e a fare le dovute valutazioni preventivamente, in modo di avere la possibilità di studiare la soluzione migliore per l'iscritto, invece di dover scegliere "di corsa" senza aver avuto la possibilità di fare tutte le possibili valutazioni del caso. Quindi se si hanno delle reminiscenze di un lavoro precedente, sarebbe bene recuperare l'estratto conto integrato o un estratto contributivo normale, per non arrivare a fine corsa e fare delle scelte obbligate. Concludo ricordando che oltre all'Area Riservata esiste anche l'APP dell'Enpam che può essere scaricata sia su Android che su Apple, ancora non ha le funzioni dispositive ma è possibile recuperare con pochi click la posizione contributiva, stamparsi o

inviare l'estratto conto, la certificazione unica, gli oneri deducibili, l'accesso a tutti i servizi e le convenzioni con l'Enpam che vi suggerisco di andare sempre a controllare, poiché sono tantissime, molto utili, e in con e in continuo aggiornamento. Concludo qui la mia presentazione e vi ringrazio.

III SESSIONE

Moderatori: Alberto Oliveti,
Pierantonio Muzzetto

Pierantonio Muzzetto

Iniziamo l'ultima sessione in cui verrà trattato argomento che poi avrà una coda, nel senso che porterà quindi di fare una valutazione sulle scelte sanitarie e l'innovazione tecnologica nel rapporto fortificato tra medicina e il territorio e medicina ospedaliera. E, soprattutto, quali possano essere le prospettive, come base per la successiva tavola rotonda. Nella relazione che seguirà verranno trattati quelli che sono gli aspetti fondamentali delle scelte in ambito sanitario che si stanno facendo a livello nazionale e che coinvolgeranno l'intera classe medica. Verranno fatte alcune osservazioni anche in ambito odontoiatrico. E, in considerazione dei relatori, per quanto mi riguarda, si valuteranno le scelte in seno all'Agenas che penso saranno anche oggetto di at-

tenta, molto attenta valutazione da parte di tutti noi per le implicazioni che poi andremo a vedere nella fase conclusiva di questo convegno. Invito il dottor Scotti ad iniziare la sua relazione. grazie.

LE SCELTE SANITARIE. L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA NEL RAPPORTO FORTIFICATO FRA MEDICINA DEL TERRITORIO E MEDICINA OSPEDALIERA. QUALI LE PROSPETTIVE?

Silvestro Scotti



I temi trattati precedentemente in questo Convegno trovano continuità nei contenuti del mio intervento cercando anche di fare sintesi tra i vari aspetti della professione su cui impattano. Il primo ragionamento da fare che prescinde dai modelli contrattuali è come si pongono in connessione i due termini in causa: deontologia e tecnologia. Questi due termini hanno in comune la "logia", che vorrei rendere "logica". Dobbiamo anche chiarire il termine deontologia che molto spesso viene confuso con l'etica in senso generale, quando invece esiste una sottile sfumatura. L'etica è il comportamento di un individuo basato sul suo carattere, la sua cultura le sue motivazioni professionali, la sua appartenenza professionale ed è la scienza della morale che prova in qualche modo a definire il bene e a distinguere ciò che è bene da ciò che è male. Deontos invece significa "dovere" quindi praticamente la deontologia è un ramo dell'etica che pone le basi dei doveri di una persona in termini di moralità. Sono due processi che tendono a orientare il codice ma che in fondo sono indipendenti. Lo abbiamo visto in qualche modo su tutta la discussione assistita nella professione medica durante il covid o no? Se questa condizione pandemica relati-

vamente alle posizioni di soggetti che, pur appartenendo alla stessa area scientifica hanno determinato dei modelli etici individuali evidentemente diversi. Se immaginiamo tutto questo poi trasferito al rapporto con la tecnologia, come si è visto nelle prospettive, diciamo da quello che è stata l'illustrazione più tecnica di questa discussione, le posizioni impattavano in maniera ancora più rilevante nella loro diversità. Teniamo presente che, essendo qua in presenza come segretario nazionale di un sindacato, formalmente dobbiamo ricordare che è tecnologia anche un contratto. Un contratto di categoria è tecnologia, cioè è la tecnologia attraverso la quale per compiti, funzioni, responsabilità, modelli organizzativi, l'operatore, in questo caso un professionista intellettuale sanitario, opera all'interno del rapporto con il servizio sanitario nazionale, se si parla della parte pubblica o con altri soggetti se si parla dei soggetti privati e quant'altro. È chiaro quindi che all'interno del contratto e nella sua evoluzione nel tempo verranno sempre di più portati i temi che ci ha mostrato, e devo dire lo ringrazio come un'ulteriore apertura mentale, il professore Romano stamattina sul dataismo e su alcuni concetti che sostanzialmente sembrano voler dirigere con una sorta management la nostra attività professionale. Se è questa l'evoluzione qualcuno dovrà stabilire cosa è etica e cosa è deontologica, altrimenti il sistema del complesso delle regole ordinarie o di una professione intellettuale rischiano di diventare inutili, e altrettanto inutili rischiano di diventare i contratti. Nell'etica aristotelica si distinguono per quello che riguarda la tecnica, la tecnologia, due termini in greco che valorizzano la prima parte della parola tecnologia, ovvero se parliamo di praxis o di techné. Nel primo caso la tecnica ha il proprio scopo in se stessa quindi è lo strumento che io uso tecnicamente punto, ma non ha un contenuto come quello di cui si è discusso verso le evoluzioni che oggi portano ad altri ragionamenti che vanno verso l'intelligenza artificiale, verso altri fenomeni che poi vedremo. La seconda invece, è sempre al servizio di altro, come un mezzo, in questo senso la tecnica diventava nella filosofia aristotelica addirittura confrontabile come un'arte, una

scienza e quindi come qualunque procedimento atto a raggiungere un effetto qualsiasi e si estendeva a tutte le attività umane; è quindi utile a quell'espressione di quei termini che pure sono stati usati stamattina: la creatività, la fantasia, l'ideazione che è tipica dell'essere umano rispetto al soggetto robotico o comunque digitale con tutte le evoluzioni. Se poi andiamo a verificare all'interno del codice deontologico alcuni passaggi, inviterei a guardare in particolare nell'articolo 78 quello delle tecnologie informatiche, dove si dice che il medico, per quanto di propria competenza, è responsabile nell'uso di questi strumenti della "sicurezza delle tecniche". Potrei domandare come fa il medico? Dove è stato formato a valutare la sicurezza delle tecniche? E poi quando parliamo di sicurezza, stiamo parlando della sicurezza che il paziente non prenda una scossa elettrica? O stiamo parlando della sicurezza delle cure? O stiamo parlando della sicurezza che quelle cure siano le cure appropriate per quel paziente e dietro a quel processo ci sia un processo di scelta del professionista intellettuale e non un processo definito, ovvero un algoritmo che definisce la sicurezza? E come fa il medico a incidere su quell'algoritmo? Oltretutto, lo stesso articolo adotta le proprie decisioni nel rispetto degli eventuali contributi multidisciplinari. Qua si apre un altro scenario che è quello che indubbiamente la tecnologia nell'ultimo periodo, i progetti del PNRR, le modellistiche che ci sono state proposte, stanno cercando di determinare: una tecnologia che ci crea facilità al contatto tra soggetti di categoria diverse che possano essere di contratto diverso ma nella stessa area professionale, per esempio specialisti ambulatoriali convenzionati, specialisti ospedalieri rispetto a noi medici di famiglia, o al collega che fa attività per esempio di continuità assistenziale o di assistenza primaria a ciclo orario come si dice dall'ultimo contratto. Ebbene, questa multidisciplinarietà tecnologica crea solo vantaggi? La sicurezza delle cure e delle tecniche è di fatto garantita attraverso la gestione di un rischio clinico in sanità. Io sono anni che mi chiedo dove siano definiti per esempio per la categoria che rappresento ma anche per le altre aree contrattuali? Questa assenza di principi

è un ritardo che è ascrivibile a chi? Al Sindacato inteso anche come Società professionale? Alla Società scientifica? Dov'è stata definita una valorizzazione del clinical risk management della medicina di famiglia? E quando un processo di questo tipo se poi lo amplifichiamo, diventa pertanto più complesso o si arricchisce, come faremo quando bisognerà valutare il risk management combinato all'information communication technology. E quando questa attività di risk management fatta dal singolo nel suo rapporto con l'ICT poi diventa, come dicevamo prima, coordinamento multidisciplinare, come tutto questo impatta sui sistemi di responsabilità cosiddette di equipe? Non mi risulta che ci siano processi informatici che in questo momento abbiano all'interno della procedura che viene prevista, a garanzia del medico, modelli di alert rispetto a quello che sta succedendo e quindi non sotto il suo diretto controllo professionale ma sotto il controllo tecnico dell'algoritmo e che dovrebbero distinguere le attività che possono essere automatizzate dalle attività che invece dovrebbero essere proprie della scelta professionale e quindi dell'umanizzazione, dell'umanesimo di cui si parlava stamattina. E a questo chiaramente, permettetemi anche qua di fare il sindacalista, si associano tutte le implicazioni della legge Gelli-Bianco. Sappiamo che la legge Gelli-Bianco ha coinvolto tutti i soggetti compresi i convenzionati nella responsabilità in carico alle aziende sanitarie. Ma le aziende sanitarie, che sono così contente delle case di comunità, così contente dell'evoluzione tecnologica, così contente di tutto questo sistema, hanno fatto i conti di quanto pagheranno di assicurazione professionale rispetto al rischio di equipe che ne deriverà? E hanno fatto i conti dei costi derivati? Perché significherà contenzioso legale, soprattutto non mi risulta che su questo ci sia un finanziamento specifico del PNRR, né tantomeno che esista un finanziamento che non sia a carico dei fondi sanitari regionali quindi, tutta la spesa del contenzioso, tutta la spesa legale, verrà sottratta in assistenza e permettetemi in possibilità di aumento di spesa visto l'aumento del rischio per quello che riguarda i contratti di categoria. Quest'ultimo aspetto non po-

trà essere trascurato rispetto all'attività della professione medica visto che oltretutto siamo agli ultimi posti tra i medici peggio pagati in Europa. Perché se noi continuiamo a ragionare su modelli che evolvono rispetto ai processi ma che aumentano i costi rispetto ad azioni che niente hanno a che fare né con l'assistenza né con la soddisfazione di un professionista che, come dire, deve aumentare i rischi mantenendo il suo ruolo e la sua responsabilità, beh io sfido i giovani del futuro a scegliere una professione di questo tipo. L'articolo 79 poi parla dell'innovazione e dell'organizzazione sanitaria per migliorare la qualità e il medico garantisce indipendenza di giudizio e persegue l'appropriatezza clinica nell'organizzazione sanitaria. Su questo, io la trovo come dichiarazione, per quello che mi riguarda nell'ambito dell'accordo collettivo nazionale, è un e proprio faro illuminante. Non potrei dire la stessa cosa rispetto ad altre tipologie contrattuali. Dove il modello di altre figure contrattuali con ruolo giuridico diverso garantiscono sempre l'indipendenza di giudizio e l'appropriatezza clinica nell'organizzazione sanitaria se di fatto all'interno di un ospedale i farmaci sono decisi dal farmacista e dal direttore amministrativo? Credo che questa sia una domanda che bisognerebbe farsi quando si sviluppano modelli contrattuali che io lo dico da una vita, nulla togliendo ai colleghi che hanno fatto quel percorso, si ha difficoltà a immaginare la conciliazione tra il termine dipendente e il termine dirigente. Se qualcuno mi spiega come si fa a essere contemporaneamente dipendenti di un sistema e dirigenti all'interno di quel sistema probabilmente dormirò meglio la notte. Personalmente ritengo che sia un paradosso inconciliabile sinceramente, e non perché vengo da un'area convenzionata dove l'autonomia rimane e si è dipendenti di una convenzione nel suo complesso, e forse è per questo che ci volevano fare dipendenti come medici di famiglia? E allora la domanda è: la discussione sul ruolo giuridico era una discussione sull'autonomia professionale? Quindi era una discussione riferita alla categoria o una discussione riferita alla professione? Forse che la professione medica, da professione intellettuale deve diventare una pro-

fessione tecnica? Perché la tecnologia all'interno della professione purtroppo ha questi rischi e ce li ha nelle realizzazioni organizzative contrattuali, nelle realizzazioni delle procedure e delle prassi. Tant'è che rispetto al decreto Gelli io da tempo sostengo che il coinvolgimento dell'area convenzionata non può trovare un decreto attuativo attraverso un decreto ministeriale. L'unico decreto attuativo della legge Gelli sulla responsabilità all'interno dell'area convenzionata si può trovare all'interno dell'accordo collettivo nazionale. Perché se io ho sentenze della cassazione che dicono che il medico convenzionato non subisce il potere autoritativo da parte dell'azienda sanitaria, mi pare evidente che l'unico potere autoritativo che può esserci nei confronti del personale convenzionato è quello che si stabilisce all'interno dell'accordo collettivo nazionale e degli accordi regionali e aziendali che da questi discendano. Perché io sono dipendente, ve lo dico con orgoglio, e non ho un problema in quel termine, ma sono dipendente dell'accordo collettivo nazionale dove guarda caso, e c'è qualcuno che gioca proprio per eliminarla, si definisce anche il modello organizzativo. Le ultime discussioni contrattuali che noi siamo stati portati a fare che ci vedono, che vengono portate come difficoltà alla relazione con le altre aree professionali della dipendenza, il tema vero sulla mia relazione con il mondo dell'ospedale è legato al fatto che per la convenzione c'è qualcuno che vorrebbe che in quell'ambito si definissero solo funzioni e compiti, che tutta l'organizzazione venga tirata fuori levando in qualche modo quella parte di autonomia organizzazione che poi è la base anche probabilmente del mio rapporto fiduciario. Il ragionamento è che solo a quel punto io potrò allineare come un puzzle funzioni e compiti della parte del territorio con funzioni e compiti della parte ospedaliera. Ma perché non facciamo il contrario? Perché non rendiamo la parte ospedaliera capace di intervenire all'interno dei contratti anche sui modelli di organizzazione che si fanno negli ospedali? Io personalmente ritengo che il modello della casa di comunità sia un modello in cui, se dovessi copiare un'organizzazione prevista per l'ospedale, io lo intendo come un mo-

dello in cui il territorio si organizza per l'intensità di cura, in cui gli studi dei medici di famiglia, le loro organizzazioni, le case di comunità, devono essere un upgrade della capacità assistenziale del territorio in modo tale da garantire prestazioni di livello crescente in base all'intensità del bisogno e alla corrispondente intensità di risposta che il medico può dare. Io questo nel mio contratto potrei farlo, l'ospedaliero lo può fare? Non parliamo proprio di quello che poi è la parte dell'allegato informatico dell'articolo 78, che è rimasto troppo arretrato; cioè noi abbiamo effettuato durante il periodo del Covid attività professionali digitali: dalle visite e di tutto e di più, e abbiamo ancora un allegato informatico che dice che la tele visita non può sostituire la visita medica. Ci sono regioni che l'hanno messa nei nomenclatori regionali come visita specialistica. Cioè, credo che un'arretratezza di questo tipo rispetto all'evoluzione tecnologica che non porta il codice deontologico a essere prius rispetto al sistema, è una noxa elevata per tutto il livello della professione e conseguentemente pure per me quando vado a discutere all'interno di un ambito contrattuale. È chiaro che questa è stata fatta prima del Covid ma non credo si possa più ritardare un intervento di chiarezza rispetto a questi passaggi senno' rischiamo di apparire, come è stato detto anche da qualcuno, in contrasto con l'evoluzione tecnologica, cosa che non è vera perché quando l'abbiamo fatto era in embrione e si stava lavorando per la sua evoluzione, anzi guarda caso si dimenticano tutti, della parte dell'allegato informatico che in qualche modo sostiene che i medici debbano usare dei software open data. Immaginate che divertimento. Soprattutto adesso rispetto alle piattaforme del PNRR, voglio vedere quante società informatiche sarebbero contente di dover fornire, come è normale, c'è una legge dello stato che dice che all'interno delle pubbliche funzioni vanno usati programmi open data e non programmi che non hanno possibilità di interoperabilità. Beh, credetemi non c'è ospedale in questo momento, pronto soccorso, medico di famiglia che non usi soggetti e programmi che sono assolutamente poco interoperabili. Quindi formalmente il rischio è che, conti-

nuando questa situazione e non portandola a coscienza professionale, noi avremo l'imposizione informatica dall'alto perché non sarà il problema dell'open data, sarà il problema del monoprogramma o del monodata o del dataismo, un termine che ruberò perché sinceramente è molto efficace. Poi io mi sono interrogato: allora andiamo a vedere rispetto a una professione intellettuale nel Codice civile, come si esprime questo concetto, che cos'è una prestazione intellettuale all'interno del codice civile? Com'è caratterizzata? Si caratterizza secondo il Codice civile dalla personalità della prestazione, dall'effettuazione della prestazione nell'ambito di un'attività professionale riconosciuta sul piano ordinistico e costituzionale, dalla discrezionalità del professionista, dalla configurabilità della prestazione in termini di obbligazione di mezzi e non di risultato. Allora io già mi domando: quando la prestazione intellettuale diventa informatica come sarà caratterizzabile la personalità della prestazione personale intellettuale informatica? C'è qualcuno tra gli informatici che mi sa rispondere a questa domanda? Cioè, quale sarà la personalità che entra in campo in termini individuali? E quando si parla della personalità della prestazione, la personalità è quella del paziente? È quella del medico? Sono tutte e due? Quando saranno intermedie da un soggetto informatico, come si valorizzerà quella prestazione come prestazione intellettuale? Io credo che noi come professionisti a tutto possiamo rinunciare tranne che a fare in modo che quella prestazione diventi una prestazione tecnica. Il processo che anticipava giustamente il presidente Muzzetto è che oggi attraverso i modelli di intelligenza artificiale, si cerca di portare una prima risposta con una prestazione tecnologica che può prendere il sopravvento rispetto alla funzione professionale intellettuale, sostituendosi o precedendo, perché l'altro trucco è far precedere. Cioè poiché adesso abbiamo le liste d'attesa, adesso abbiamo l'enormità degli accessi in pronto soccorso, immaginate come sarà bello. C'era oggi qualcuno che diceva, da parte di Assoconsumatori, che stanno aumentando le lamentele da parte dei cittadini per la difficoltà di accesso alle funzioni digitali, perché tutti si sono abituati con la

banca, con la posta, anche col medico, a realizzare un processo di relazione digitale. Immaginate come sarà la relazione tra medico e il cittadino che vede qualche trasmissione televisiva o il confronto con l'enciclopedia medica o la semplice consultazione con un motore di ricerca. Quando c'è stato il periodo in cui venivano vendute porta a porta le enciclopedie mediche, i medici si sarebbero suicidati, perché arrivavano i pazienti orientati, oggi con internet, dott. Google e quante più ne potete mettere, quindi immaginate che un sistema di stato fornisce al paziente un percorso di triage di intelligenza artificiale con algoritmi preselezionati per autotriarsi rispetto all'accesso a livello di cure successive, con un obiettivo apparente di offrire una cura fruibile e disponibile universale perché sarebbe la massima universalità possibile. Lasciando perdere la copertura di rete di tutto il territorio, lasciando perdere una sorta di analfabetismo informatico di una buona parte della popolazione, ma diciamo che c'è una parte che chiaramente si potrebbe confrontare con questo, e sono programmati eventi dell'Agenas dove si parla appunto dell'intelligenza artificiale rispetto proprio a un percorso decisionale come supporto per migliorare il processo decisionale e l'appropriatezza clinica delle prestazioni collegate alle liste di attesa. La domanda è, perché non è chiaro, bisognerà attenzionare questi processi per capire se si tratta di un supporto al professionista o è un supporto al cittadino? Perché ha una valenza diversa, ha anche una valenza determinante rispetto alla coerenza con altre scelte, scusatemi perché abbiamo fatto tredicimila posti nelle scuole di specializzazione, forse era meglio che facessimo con gli stessi soldi un corso di informatica ai cittadini e gli regalassimo il computer. Perché probabilmente quei tredicimila specialisti del futuro qualcuno pensa di pagarli a notula dopo un bel triage informatico a costo zero. Prima ne parlavamo perché formalmente, saremo sicuri che spenderemo di meno, perché ci sarà un computer che dirà "ma no stai a casa, non andare né dallo specialista, né dal medico, né per questo né per quello", soprattutto se poi lo orientiamo rispetto a una politica di ticket e

quant'altro, quello più quello, vi renderete conto, può selezionare la qualità dell'offerta universale a cui siamo abituati come cittadini. L'intelligenza artificiale, però non è una cosa che possiamo sottovalutare, né una cosa che possiamo contrastare, è una cosa che dobbiamo utilizzare ed essere capaci di portare nelle nostre nomenclature, nella nostra capacità di azione. Perché sta andando avanti sempre di più quella che si chiama la semantica computazionale. La semantica computazionale è la capacità di riuscire anche a leggere un nostro scritto, e il mio scritto rispetto a quello di un altro medico sulla stessa dinamica diagnostica possono essere completamente diversi. Possono avere dei livelli di complessità che vanno filtrate per essere portate al dato. In questo caso il dato si raccoglie usando quella che si chiama inferenza, e l'altra domanda che ci dovremo fare: ma noi sull'inferenza abbiamo un ruolo o no? O l'inferenza la decide l'informatico? Questo significa che l'informatico, stabilita una griglia, che cala sullo scritto uno e sullo scritto due, ne deriva delle parole chiave e porta all'elaborazione di un dato che dipende dall'inferenza o dipende da quello che aveva scritto il medico uno e il medico due? E se non c'è la partecipazione da parte del soggetto professionale intellettuale e in questo io sollecito gli ordini, ho fatto parte della commissione informatica, sollecitando la FNOMCeO a un intervento immediato sulla partecipazione al fianco dell'evoluzione informatica e tecnologica della sanità in questo paese con un ruolo determinante a garanzia della professione. Perché se su questi metodi che ci appaiono così lontani da quello che noi siamo, non riusciamo a mettere i contenuti del professionalismo intellettuale, non riusciamo a mettere i contenuti anche di autorialità rispetto a quel dato, perché è vero che c'è una cultura del dato ma quel dato lo abbiamo creato noi, se lo abbiamo creato noi dopo che lo abbiamo creato, siamo gli unici che ne hanno proprietà intellettuale almeno se non come singoli come categoria. Altrimenti è come se noi scrivessimo la Divina Commedia e sopra non ci mettessimo manco il nome, come se Dante avesse scritto

la Divina Commedia e nessuno oggi avesse conoscenza che l'ha scritta Dante. Non mi sembrerebbe giusto, quantomeno. C'è poi la capacità dell'apprendimento automatico, l'intelligenza artificiale apprende di volta in volta. Prima si parlava di metaverso. Il metaverso, sembra un gioco di parole, dipende pure da quale verso lo guardiamo. Se lo guardiamo sulla parte della formazione del professionista, quello che ci ha fatto vedere il professore Romano, ha una grande validità rispetto alla possibilità di rendere, come dire, virtualmente visibile delle attività pratiche che molte volte non sarebbero considerabili. Però se poi noi lo vediamo in termini di apprendimento e formazione della macchina, secondo voi quei movimenti che sono mimati dal joystick, diventano i movimenti di un robot che impara da noi quei movimenti, quell'apprendimento di chi diventa? E la proprietà di quell'algoritmo informatico determinato dalla numeralizzazione informatica di quei movimenti, di chi diventa, del medico? O della società informatica che assume quel dato? Cosa che già succede oggi e i chirurghi non se ne sono accorti, sui joystick dei robot chirurgici. Io muovo un joystick, ma quel movimento secondo voi l'apparecchiatura non lo valorizza? Non lo valorizza rispetto alle caratteristiche antropometriche con un sistema di visualizzazione. Il metaverso creerà la possibilità di ricostruire quel paziente, cioè ti ricostruirà Silvestro Scotti nelle sue caratteristiche antropometriche, e voi in quel caso, opererete o agirete su Silvestro Scotti. Se domani Silvestro Scotti si troverà in un pronto soccorso, e trova un robot che ha imparato da quello che aveva imparato e non c'è più lui ma c'è il robot, troverà uno che sa agire come se fosse Silvestro Scotti. E quindi il diritto di autore diventa una cosa da cominciare a considerare rispetto al valore professionale? Sì o no? E su questo bisognerebbe cominciare a dire qualcosa davvero anche all'interno del codice deontologico. Se siamo professionisti intellettuali, la nostra azione intellettuale determina un modello autorale, non può determinare una procedura tecnica che poi viene buttata lì e sembra una cosa che non dipende da nessuno. Il medico, il codice ci

dice che si ispira ai principi e alle regole della deontologia. Siamo così sicuri che l'intelligenza artificiale, si ispirerà a quelle regole? Quando il pensiero professionale è totalmente trasferito all'intelligenza artificiale, chi ne regolerà l'etica e la deontologia? Qual è il rapporto di controllo tra i soggetti ordinistici, i soggetti contrattuali, i soggetti legislativi in riferimento all'aziende informatiche? Nella maggior parte dei casi sono aziende private non pubbliche. Avrà senso a quel punto un ordine professionale che non inizia da subito a definire l'ambito di cui stiamo parlando? Forse diventeremo robotici e virtuali pure noi. Vincerà l'ordine dei robot rispetto all'ordine dei medici. E la domanda delle domande che era la frase che conoscono tutti dell'autore Giovenale: "*Quis custodiet ipsos custodes?*" "Chi controlla i controllori?". Che poi dietro all'informatica, dietro a questi processi, se non c'è un soggetto che posso osservare come soggetto terzo legato alla professione, legato al controllo di certi valori, legato alla necessità di valorizzare anche l'interesse del paziente innanzitutto che, avrà meno di noi strumenti per comprendere che quell'offerta è un'offerta sanitaria, ma fino a un certo punto. Quindi serve una nuova etica professionale medica, serve un codice deontologico che contempli i doveri riferiti alla evoluzione informatico - tecnologica della prestazione professionale del medico che partendo da principi solidi sia però caratterizzata, e questo ce lo dobbiamo dire, perché sennò perdiamo la sfida.

Se voi andate a verificare l'andamento di quelli che sono l'evoluzione del lavoro nel mondo dei sistemi economici, mentre prima si parlava del lavoro come opzione migliore per la produttività del lavoro proattivo, e anche oggi si parla di medicina proattiva, beh siamo in ritardo e nel mondo del lavoro sta prevalendo un'evoluzione dalla proattività al recupero della reattività o meglio, al recupero di sistemi misti proattivi e reattivi. La proattività prevede che tu abbia una capacità di valutazione di tutto uno scenario e costruire in quello scenario le possibili risposte e quindi agire in termini di anticipo, ma tutto questo comporta del tempo. Basta leggere la storia del Covid. Noi siamo parti-

ti con “hai la febbre, il raffreddore e la tosse? Chiama il 118” ve lo ricordate tutti no? Se non andavo io dal Presidente del Consiglio e dal Ministro, forse io l'ho fatto per salvare i medici di famiglia, non mi date più meriti di quello che ho, perché nel frattempo eravamo al 63% dei morti tra i medici di famiglia per Covid, e ho detto: “scusate ma forse è meglio che prima di chiamare il 118”, e intanto saltava la centrale operativa della Lombardia, proprio nella stessa giornata, “chiamino il loro medico di famiglia che li consiglierà dove andare e dove soprattutto non andare”. E in quel momento noi abbiamo un pò cambiato la storia. Se vi ricordate noi avevamo l'infezione che infettava gli ospedali. L'infezione è partita dagli ospedali, più che dai territori. I primi cluster erano i due ospedali, quello collegato a Codogno e quello collegato a Vò Euganeo e chiamare il medico non significava che noi eravamo capaci, non avevamo neanche le mascherine, però eravamo capaci di un triage telefonico che potesse inquadrare quel paziente e dirgli “per il momento stai a casa e vediamo l'evoluzione dei sintomi”, prima che andasse di corsa a un pronto soccorso, chiamasse il 118, che tanto il tamponi non glielo riusciva a fare, se lo trasportava, immaginate come bloccava e per quanto tempo bloccava quell'ambulanza per sanificazione e quant'altro. Poi siamo passati alla fase ‘dobbiamo fare la vaccinazione, arriverà la vaccinazione’ per ottenere l'effetto gregge, ve lo ricordate pure questo? O me lo ricordo solo io? E poi? L'effetto gregge, sono arrivate le varianti e ogni anno lo dovremo rifare come l'influenza. Poi l'abbiamo fatto ogni sei mesi. E allora l'atteggiamento proattivo è servito? Qual è stata la capacità del sistema di creare invece un atteggiamento reattivo? Cioè capace in quel momento di reagire alle evidenze che si determinavano in emergenza giorno per giorno e rispetto a un mondo che diventa sempre più complesso e più variabile. E l'intervento della tecnologia all'interno del nostro sistema, scusatemi ma sarà deflagrante quanto la pandemia, se non siamo capaci di creare dei sistemi misti proattivi, cioè di capire cosa dobbiamo fare per trovarci domani in una condizione migliore, ma anche reattivi perché tanto va a una velocità tale che mentre noi stia-

mo decidendo per quello di domani e dopodomani, noi già abbiamo l'oggi che ci sta superando. Servono quindi i contratti di carriera che a prescindere dal ruolo giuridico convenzionato o dipendente trovino assimilazione nella autonoma responsabilità e ruolo del medico nell'esercizio delle sue funzioni perché se non serve più un medico, non serve più un professionista intellettuale. Servono processi di cura multidisciplinari che da un lato orientino il senso della prestazione individuale del professionista responsabile del processo di cura, senza un'amplificazione della responsabilità di equipe almeno sui livelli primari di cure. Una domanda che era fatta alla mia relazione: quali sono i modelli di relazione? Ma scusatemi, nel momento in cui noi ragioniamo adesso per esempio del patient summary e come medico di famiglia questo da me parte e influenzerà di fatto la relazione e la risposta del collega ospedaliero, dello specialista di secondo livello e così via. E così via rispetto a tutte le cose. Se c'è un errore di fondo nel processo, il sistema se lo porta in continuità. Poi come se il patient summary potesse mai essere un processo dinamico. Beh, io sono andato in Inghilterra, ho visto la condivisione addirittura di dati tra modelli professionali diversi, era un ambulatorio infermieristico che approcciava un paziente sul territorio, oltretutto minore con l'autorizzazione della mamma, verbale, non per iscritto perché poi noi la chiamiamo privacy, ma se fosse “privatezza” sarebbe meglio perché la privacy in Inghilterra è tutt'altro, molto più semplice, meno complicata, meno burocratizzata. Beh, l'infermiere entrava nel diario clinico del medico e lo osservava sulla base delle sue competenze professionali e prendeva le sue decisioni. Non c'era un modello di condivisione interno di responsabilità, c'era solo il fatto di avere di fronte una storia, e ogni professionista se ne assumeva la responsabilità, se non ritorniamo nel problema che dicevamo prima. Serve poi il potenziamento fiduciario, la tecnologia potrà risolvere tutti i problemi del mondo, potrà probabilmente risolvere i problemi amministrativi, di risorse umane ma non risolverà un problema fiduciario del rapporto fondamentale che deve rimanere anche fisico. Io credo per esempio rispetto

alla telemedicina, questo lo dice anche il rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità, che la telemedicina se noi la vogliamo far partire sul serio, non possa che partire in un sistema paziente-medico-medico, cioè che nel mio studio ci sia un device di telemedicina e io sia in collegamento con un altro collega ospedaliero specialista, questo riduce in qualche modo i modelli di responsabilità medico legale che voi sapete, e che hanno sempre ostacolato qualunque progetto di telemedicina, e soprattutto permette a me di trasferire la mia fiduciarità nei confronti del consulente e quindi garantire anche quel consulente in termini di contenzioso, per certi aspetti. Alla fine, serve, volevo concludere così, una rivoluzione e devo dire anche qualche segnale positivo cercherò almeno in questa fase di portare dalla mia una parte della sala. Ricorderei con questa ultima immagine l'epoca della Rivoluzione Francese e vi pregherei di osservarla perché è caratterizzata da un genere unico: sono tutte donne. La possibile speranza che io vedo, ricordando che quello probabilmente forse nessuno sa o in pochi sanno o ricordano, che l'attacco a Versailles fu portato da 6000 donne, non c'erano uomini. Anzi il capo della polizia di Parigi disse che gli uomini erano troppo vigliacchi per attaccare il re a Versailles e ci andarono 6000 donne che costrinsero il re a firmare la costituzione e soprattutto a calmierare il prezzo del pane e quindi dando una svolta decisiva a quegli eventi. Quindi io spero che la femminilizzazione della professione sia la partenza anche per questa rivoluzione. Grazie per l'attenzione e riprendiamoci il pane professionale.

Pierantonio Muzzetto

Grazie per la tua relazione. È stata molto sentita e, in alcuni passaggi, per certo verso opportunamente provocatoria, trattando aspetti che ci vedono accomunati in una stessa visione in relazione al CDM ed alla legge 24/17, non del tutto apprezzata e apertamente non accettata per le molte mancanze e per la semplice modifica del testo che in origine e per lungo tempo era intitolata Responsabilità medica, ma che per interventi della politica è stata trasformato in legge per gli esercenti le professioni sanitarie, attribuendo ruoli e respon-

sabilità del medico ad altre figure che non potevano e non possono avere ruolo e funzione medica. Non solo per questo ho affermato su Quotidiano Sanità *'piuttosto che approvare una legge pasticciata è meglio riscriverla'*, e che fu oggetto poi di un Convegno fatto a Roma con gli estensori della legge e col consulente giuridico allora presidente di sezione in Corte di cassazione che contribuì alla stesura della Legge. Riguardo gli aspetti del CDM, relativamente al problema della tecnologia e telemedicina, sono stati depositati in Federazione e presentati in Consiglio Nazionale le modifiche degli art. 78, con gli allegati interamente modificati e implementati con riguardo alle ICT, nella parte della comunicazione e dell'intelligenza artificiale. Peraltro, entrando anche nella disamina della gestione e delle responsabilità oltretutto nelle linee d'indirizzo professionale.

Il lavoro continua anche in quel processo federativo che raccoglie uno stuolo di esperti nazionali che stanno esprimendo pareri necessari per la scrittura del Codice deontologico nuovo.

Come ipotesi di cambiamento si lavora sulla linea che tu indichi e mio auspicio che anche la posizione federativa sia in sintonia con le idee della professione ed è chiaro che cercheremo di trovare delle risposte che siano importanti, cogenti ed esaustive in risposta alle esigenze vere della professione.

Silvestro Scotti

È qualcosa che dobbiamo affrontare il prima possibile, non è pensabile che l'Agenas faccia un rapporto sulla digitalizzazione della sanità senza un confronto con chi rappresenta la professione, è veramente discutibile.

Pierantonio Muzzetto

I problemi sono molteplici di metodo e di merito ma anche di risultato. Sempre più si dispone in sedi non sempre proprie e con interlocutori che poco hanno a che fare con la professione esercitata. Non conoscendo i problemi reali e le possibili, quanto ovvie, soluzioni.

Riguardo alla tecnicizzazione e all'uso della ChatBot ci sono delle perplessità in quanto, per l'esperienza in altri paesi, come il Regno Unito, vanno ad interferire con l'assistenza primaria.

In una logica di risparmio non trova consenso, almeno al nostro interno perché, e questa non è la conquista che si prospetta, a cascata sarà sviluppata anche in altri settori sanitari. La ChatBot rende personale l'impersonale, dando risposte non sempre auspicabili e che, come in Regno Unito, farà risparmiare sulla medicina generale e di famiglia.

Cioè, un'applicazione risponderà a domande semplici sulla base dei sintomi segnalati, la cui risposta è da parte di un software (ChatGpt) che dirà cosa fare, e darà indicazione, a richiesta, per rivolgersi ad un medico che sempre per tale via esprimerà il proprio parere al paziente. Dunque, il cittadino bisognoso si interfacerà rispettivamente con la macchina e, se necessario col medico, sulla base di algoritmi o, in base alle necessità anche di persona. Esempio di intelligenza artificiale applicata in sanità.

Tornando agli aspetti etici risulta chiaro che questo articolato d'interventi non facilita certo i rapporti, ma per certo verso determina una burocratizzazione dell'atto medico e sarebbe fonte di preoccupazione se avesse una ricaduta da noi.

È preoccupante due volte, secondo quanto detto questa mattina. Un po' perché ci si riferisce alla domanda che ci siamo posti: governiamo il sistema o ne siamo governati? E mi riferisco a quella triangolazione fra salute, affari ed economia, che troverebbe giustificazione nel risparmio economico, considerando la salute non tanto un bene assoluto ma fonte di risparmio e reddito, dunque un business, nel momento che va a sostituire nelle sue funzioni proprio il medico, su cui si basa il sistema della salute.

Silvestro Scotti

Rispetto a questo tipo di confronti devo portarti l'esperienza di anni di errori della Fimmg; nell'ambito dei nostri contesti organizzativi per anni abbiamo creato un gruppo informatico ma formalmente abbiamo poi sempre il problema nella nostra area, che a quel punto il medico dimentichi il suo ruolo professionale e assuma il ruolo di informatico. A me non interessa che sul tavolo di Agenas ci vadano medici esperti di informatica, a me interessa che sul tavolo di Agenas ci vadano medici esperti di che cos'è una professione intellettuale e di che cos'è una professione ordinistica e la facciamo osservare rispetto agli argomenti e agli algoritmi degli informatici. L'informatico applica quello di cui ha conoscenza, se io non gli pongo conoscenza di quello che è il mio ruolo e la mia modularità professionale, è ovvio che lui va ad un processo di automatismo, io gli devo far capire dove gli automatismi finiscono.

Pierantonio Muzzetto

Relativamente alla professione intellettuale particolare rilievo riveste la discrezionalità nell'uso delle tecnologie; quindi, il problema è l'utilizzo valendo quanto affermato in relazione: governare o essere governati? Questo è il dilemma, diremmo con Shakespeare. Soprattutto, laddove ci siano in ballo certe funzioni e competenze in tema di salute e di utilizzo delle macchine, certo l'informatico o chi per esso, ingegnere o fisico, deve essere al servizio o in funzione della medicina. L'obiettivo è la buona medicina in cui opera il buon medico.

Ma il problema è ancora più ampio. Perché noi stiamo perdendo quella



strada che ci porta alla declinazione di un paternalismo virtuoso in cui il rapporto col proprio paziente/persone non può essere diverso dall'obiettivo etico del fare del bene e agire per garantirlo. Se questo agire viene visto come negativo, come può essere l'agire del buon padre verso i propri figli, parliamo di preconcetti ingiustificati e ingiustificabili. Per buona pace di certi sociologi e politici che su questo termine hanno fatto fronte unico nel declinare la medicina come luogo di competenze indifferenziate in altri ruoli, lasciando la formazione anomala e insufficiente alle Regioni, statalizzando una nuova professione che non segue le regole della formazione ortodossa e

delle vere competenze frutto di studio specifico da cui far discendere specifiche responsabilità.

Il vero problema è che si deve uscire da quel tunnel nel quale, anche per nostra colpa, ci siamo incanalati a dispetto delle specificità della professione medica.

In base alle nostre esperienze e forti delle relazioni odierne è possibile dire che rinascita della professione parte dai nostri comportamenti e dalla volontà di camminare con "schiena dritta". Che è una responsabilità di ogni medico, perché significa proseguire il cammino con un comportamento coerente e inappuntabile, all'insegna dei principi della professione medica secondo la norma della deontologia. E, se così non fosse, invece che di professione parleremo di mestiere, uno dei tanti. Come sempre succede il rischio italiano è la massificazione portando ad inflazionare termini, come quello di professionista, che, alla fine dell'opera, consolidano nel convincimento che con tutti professionisti, nessuno è veramente professionista.

Occorre fare ordine all'interno delle professioni affinché non si vada oltre certi limiti, come nella storia romanizzata, quando il cavallo Incitatus fu proposto da Caligola per ricoprire l'incarico di Console di Roma.

Occorre ragionare con serenità e chiarezza sulle professioni e soprattutto sugli Ordini inflazionati, sui rapporti e sui limiti stessi del professare, affinché le derive autonome di certe categorie inficino il sistema in cui operino, evitando la *babelizzazione* del lavoro e dei rapporti multiprofessionali.

Come pure va rivista la legge sulla responsabilità in medicina riguardo autonomie e responsabilità, o ci sono autonomie, soprattutto laddove ci debbano essere rapporti inter-lavorativi complementari, in un esercizio coordinato e continuativo del lavoro legato a specifiche responsabilità dirette e indirette. Altrimenti si cadrebbe in una sorta di ossimoro giuridico laddove, nella non chiarezza delle responsabilità individuali o di tipo professionale, si andasse a rispondere anche per colpa in eligendo e vigilando, come oggi accade per il medico e le altre professioni, in un susseguirsi di rivendicazione di ruoli e autonomie che, poi, non hanno corrispondenza in specifiche responsabilità gestionali.

Alla fine, questo pone un primo tassello sul da farsi per il futuro della professione, una volta riconosciuto il valore non solo nominale dell'atto e del ruolo medico, in cui il primo passaggio è autodeterminarsi, essendo riconosciuti nella funzione che è propria del medico lontani da un meticcio superficiale di saperi che tenderebbe ad escluderlo dal suo ruolo fondamentale.

Non so se ci siano osservazioni.

Alberto Oliveti

Condivido quanto affermato e mi pongo il problema della strada da percorrere.

Per la strada da percorrere, mi viene in mente il problema delle alleanze, delle strategie e delle pratiche da mettere in campo. Perché se è vero che dobbiamo rilanciare forte l'atto medico, quanti dei nostri medici alla fine fanno correttamente cos'è un atto medico e quanti lo vogliono difendere? Questo è un po' il problema. Credo sia un dato oggettivo che, purtroppo, la professione medica abbia perso autorevolezza, e nell'ambito della perdita di questa autorevolezza l'effetto, che non è collaterale ma è un effetto diretto, abbia perso rilevanza sociale, prima ancora che sanitaria. Autorevolezza che cos'è? La definiamo? È il grado di credibilità, che non è imposta con l'autorità. Oggi c'è un'evidente crisi dell'accezione e della fiducia nel metodo scientifico. Probabilmente non stiamo spiegando bene cos'è il metodo scientifico, a cosa è servito Galileo, e tutti quelli che l'hanno seguito. Ho sentito affermazioni sul metodo

scientifico anche recentemente che mi hanno preoccupato. Io oggi dico questo: la frontiera avanzata della conoscenza e della scienza si basa su prove che devono essere prima ripetibili, dimostrate come vere e verificabili nella loro produzione di effetti a fronte delle cause, e assolutamente ripetibili in qualsiasi altra condizione analoga. Poi però quella che da una prova è diventata un'evidenza, può venire sconfessata da delle prove ancora più evidenti che rendono obsoleta, superata la precedente.

È la frontiera avanzata della scienza che, ripeto non è un dogma ma è lo stato avanzato delle evidenze verificabili, è il meglio che conosciamo. Questo non è così chiaro al mondo, nel quale quasi si vorrebbe dalla scienza un appoggio dogmatico, ma non lo può essere, e il Covid l'ha dimostrato; noi non lo conoscevamo il Covid, e ci siamo mossi alla bene e meglio o alla bene e peggio. Ci siamo mossi senza evidenze, ci siamo trovati di fronte a un qualcosa che era impreveduto, forse prevedibile se vogliamo, però nei fatti impreveduto, e adesso andare a fare le esegesi del senno del poi è quasi offensivo nei riguardi di coloro che nell'agire hanno perso la vita o ne hanno avuto delle sequele irrimediabili.

Di fronte a ciò, nell'opinione pubblica è andato in crisi l'approccio scientifico.

Credo che autorevolezza significhi per il mondo medico essere, invece, aderenti ai principi del metodo scientifico. Lo stiamo difendendo? Lo stiamo spiegando? Perché se non ci viene riconosciuta autorevolezza, e se non lo siamo non siamo agenti sui quali investire. In certe aree anche del mondo medico, per esempio a Londra, si è preferito fare esperimenti su Babylon Health, una chatbot di assistenza primaria On Line, ci sono stati cittadini che hanno optato "date pure quanto è assegnato sulla mia testa per avere un'assistenza di base da parte di un professionista di mia scelta alla chatbot che preferisco interagire con questa".

Poiché credo che sia sbagliata la scelta di una fetta di popolazione che in via sperimentale fa questo, dobbiamo interrogarci perché questo succeda. Qual è la nostra colpa e dove abbiamo sbagliato? Il metodo scientifico, l'ha detto per primo Galileo, è misura, l'efficacia di qualsiasi

atto o procedimento medico o la misuri o sennò non lo è.

Noi da quant'è che non ci facciamo misurare? Noi in un tempo di grandissimo cambiamento come intendiamo farci misurare? C'è questa determinazione, c'è questa condivisione, c'è questa valutazione? Io non credo che ci sia oggi.

E chiaramente se non riusciamo a misurarci non produciamo misure, e se non produciamo misure non possiamo nemmeno migliorare su quelle misure, non possiamo mettere in atto i percorsi, i processi per auto emendare un'eventuale, solo eventuale, deficienza e in ogni caso però non possiamo neanche comunicarla. Oggi vive lo storytelling, oggi vive la rendicontazione, oggi il mondo racconta, il mondo profila, il mondo induce bisogni. Questo lo sappiamo no? E noi invece pensiamo, forse sbagliando, di rimanere attaccati alla difesa dei nostri santuari, che secondo me è un errore, un modo per rimanere indietro.

L'intelligenza artificiale ci può dare una scossa ed è bene che ce la dia pur nelle sue doverose distinzioni. Io ho sempre pensato che una macchina per quanto stra-superiore a noi in termini di capacità di produrre algoritmi su dati che vengono immessi o anche di auto apprendere, non potrà mai voler bene a suo figlio o provare emozioni, provare l'empatia necessaria per la relazione come tempo di cura,

L'autorevolezza ce la dobbiamo guadagnare e credo che il passo indispensabile è quello di un percorso di istruzione, di educazione, di formazione pre-laurea e post-laurea, che va rivisto e aggiornato.

Altrimenti non ce la facciamo, non basta la determinazione di dire "io voglio la nuova professione medica, io voglio un ruolo medico, pretendo il mio atto medico". Come costruiamo questo? È anche una questione di rilevanza sociale, quindi politica, che dobbiamo fare. Dobbiamo risalire nella scala sociale perché siamo andati progressivamente giù di rango e considerazione.

Al punto tale che ci sono programmi, chatbot, che, nella abile e pervasiva costruzione del comune sentire mediatico, ci possono surrogare e addirittura surclassare. Nella nostra sostanziale acquiescenza di categoria. Quindi autorevolezza, rilevanza so-

ciale, e di che cosa ho enunciato la mancanza? L'orgoglio professionale. Oggi abbiamo forse poco orgoglio, ci siamo un po' ammorbidenti in termini di difesa della professione quindi, d'accordo su rilancio di ruolo e professione, ma anche difesa di ogni intrusione professionale su prescrizione e certificazione che sono atti medici propri.

Non dobbiamo continuare ad accettare che sulla banalissima ricetta da noi firmata, ci sia qualcuno che può venire a scriverci sopra controfirmandosi e quindi dare di fatto maggior importanza a quell'atto medico.

Andate dal notaio e chiedete se permette a qualcuno di scrivere sotto la sua firma finale.

In quell'obbrobrio che è stata una de materializzazione della ricetta rossa filigranata, che in realtà è stata una decolorazione al bianco, abbiamo continuato ad accettare che su quella nota- memo ad uso del paziente, ci potessero attaccare fustelle, magari anche sostituendo il nome di fantasia del farmaco perché a disposizione ce n'era un altro. Questo non è accettabile anche se questione banalissima, perché mina la credibilità e la reputazione necessarie per il rapporto di fiducia.

Per non parlare della certificazione di cui forse, nel proliferare incontrastato delle richieste abbiamo anche dimenticato l'importanza simbolica.

Quindi scusate se ho fatto un po' da contraltare negativo provocatorio, ma ne va della credibilità, ne va dell'autorevolezza, ne va della rilevanza sociale...aiutati che Dio ti aiuta, occorre darsi una mossa come categoria, ognuno nei suoi ruoli; quindi, l'Ordine professionale con i suoi strumenti deve garantire al cittadino la qualità dell'esercizio professionale, contrastando la cattiva immagine di un difensore di casta.

I sindacati, che talvolta prediligono il granellino, piuttosto che la visione, perché un buon sindacato lo è se tutela in primis il lavoro, e tramite esso il lavoratore che di quel lavoro vive. Spesso avviene il contrario. E questo Silvestro Scotti lo sa benissimo, perché non lo pratica, devo dire la verità.

Le società professionali talvolta si parcellizzano sulle specificità caratteristiche delle proprie discipline trascurando una caratteristica fondamentale del mondo medico-

professionale alle prese con il necessario adattamento evolutivo del cambiamento in corso: l'integrazione a tutti i livelli, tra ospedale e territorio nell'ambito delle varie attività multidisciplinari, nel rapporto con i professionisti sanitari e via dicendo. Non mi tiro indietro, lo stesso Ente di previdenza comprende chiaramente che non può esistere una buona previdenza se non c'è un buon lavoro, e viceversa.

Questo il motivo per il quale deve cominciare, ed è una storia che solo recentemente abbiamo cercato di inaugurare, un'azione effettiva sulla professione, essendo attenti non solo alla fase post-lavorativa ma anche alla fase lavorativa e, voglio dire di più, in questi tempi di cambiamento accelerato anche alla fase pro-lavorativa, cioè tutto quello che deve favorire il lavoro efficiente.

Probabilmente una delle cause per le quali si è avuto anche un certo calo medico negli anni è che il livello culturale di chi si appropria ai corsi di laurea risulta calato: guardavo i test Invalsi, e purtroppo il cluster dei nostri giovani diciassetenni, confrontati con uno strumento forse vecchio, forse improprio, ma uguale per tutti i 27 paesi europei, ci dice che i nostri sedicenni/diciassetenni sono ultimi, ventisettesimi su ventisette a comprendere un testo scritto nella loro lingua. Ci vogliamo ragionare? Il test è vecchio, lo strumento è vecchio, sì, ma è vecchio per tutti i 27 cluster. Infatti, stavo aspettando i risultati delle prove Invalsi 2023 perché queste sono il polso, la misurazione galileiana della situazione della nostra scuola, del nostro sistema di istruzione e formazione. Io non credo che i ragazzi siano meno intelligenti, non penso proprio, anzi, però se rispetto ai loro coetanei, non capiscono la loro lingua, probabilmente ci dobbiamo interrogare sulle nostre responsabilità generazionali e politiche. Mi scuso se possano apparire come affermazioni qualunque, ma sono dati che preoccupano.

Si dice che il medico per fare una buona diagnosi debba raccogliere elementi soggettivi e oggettivi con accuratezza perché solo in quel momento fa delle ipotesi che poi dovrà verificare. Sono convinto che, nel valutare oggi il problema della professione medica, si debba procedere con cautela nelle ipotesi di ragiona-

mento cercando validi elementi sul perché la professione medica, oggi, appare un poco non in sincrono con i tempi di assoluto cambiamento che stiamo vivendo.

Pierantonio Muzzetto

Direi che c'è stato un bel panel di pareri e di riflessioni e in tutto ciò si rivela un *fil rouge* che collega gli interventi. Quindi credo che questo sarà un esempio di come, ciascuno per le proprie competenze, possa agire in modo complementare consci del fatto che "uniti si vince e disuniti si perde".

Credo che a livello nazionale, riferendomi a chi ha ruolo come i nostri relatori, si possa avere la giusta spinta al cambiamento postulato. E lo dico anche vivendo l'esperienza della Federazione, per quanto marginale, avendo il dovere morale di presentare costruttivamente i problemi senza dover tacere aspetti che toccano la nostra dignità di medici, sempre col garbo dovuto. E questo è l'impegno che, come esponente di Parma, porterò come cassa di risonanza in campo nazionale.

Silvestro Scotti

Se mi permetti, non per diminuire il modello, anzi, formalmente dal discorso di Alberto io voglio ricavare la parte dell'orgoglio che credo sia la parte con cui più opportunamente poi va determinata la conclusione di un convegno come questo per portare a quella reattività giusta, positiva, di cambiamento costruttivo. Credo sicuramente nel modello centrale, e spero in qualche modo che attraverso le nostre testimonianze sia apparso. Penso però anche, e lo vediamo quotidianamente anche un po' nella pubblica amministrazione e forse anche nei sistemi ministeriali, che sia necessaria una presa di coscienza di quello che normalmente viene chiamato il middle management, per fare in modo che se io devo portare e rappresentare un orgoglio, quest'orgoglio non può essere definito solo da chi gioca sul tavolo principale. Perché altrimenti diventa un bluff. Io ho attraversato, e lo dico con grande onestà intellettuale, una grande sofferenza come Segretario nazionale di Fimmg quando ho firmato l'accordo sui tamponi.

E dentro di me non so se ho ancora perdonato la categoria. E lo dico con

piena sincerità. Perché quello che si è scatenato dopo, e lo abbiamo sotto gli occhi, è stata una capacità diagnostica - che poi tutti quanti sosteniamo nel dire che è medica - che è stata trasferita ai farmacisti. Questo è sicuramente figlio di una stanchezza, è figlio di un eccesso di lavoro burocratico e di valorizzazione, ma rifuggire le responsabilità diminuisce il ruolo.

Questo non è il momento, secondo me, di una battaglia, per esempio, seppur giusta e corretta, e nei limiti si farà anche quella, relativa alle risorse perché è abbastanza chiaro che questo Paese ha più debito che credito. Questo è il momento di una battaglia per riprendere, quello che diceva giustamente Alberto Oliveti, una capacità di riconoscimento sociale. Questo lo dice il diritto del lavoro, un lavoratore si riconosce nel merito su tre valori.

Uno è sicuramente quello reddituale e uno è quello di progressione di carriera. Però nel caso della medicina generale questa è legata al massimo alla valorizzazione del numero di pazienti, e con la carenza di medici che abbiamo, se oggi un giovane, nel giro di poche settimane, raggiunge il massimale, che percezione si ha della sua progressione di carriera? Io per arrivare al mio numero di pazienti ci ho messo 8 anni. Nella mia zona ho coscienza di una progressione di carriera legata al terzo valore, che riguarda un lavoratore, in termini di riconoscibilità e valore sociale, e forse noi lo abbiamo dimenticato.

Quindi, quando si fa un accordo in periodo di Covid per offrire a un cittadino un tampone gratuito, a fronte di un tampone pagato in farmacia, poi non ci lamentiamo che perdiamo valore sociale rispetto ai nostri pazienti se poi ci rifiutiamo di farlo. Perché di questo ci dobbiamo interrogare, e secondo me ci siamo un po' nascosti. È chiaro che la categoria è stanca, è chiaro che la categoria è mediamente avanzata negli anni e quindi c'era una valutazione anche di fragilità, ma le fragilità nel contratto erano state difese rispetto a questa prospettiva.

Oggi c'è un ringiovanimento della professione però o questo ci dà quell'energia giusta per riprenderci quello che stiamo via via perdendo, o di orgoglio, permettetemi, diventa difficile parlarne.

La mia percezione è che a volte il mio stesso sistema di progressione non riesca a trasferirsi nel modello comunicativo. Io quando ho firmato quell'accordo ero orgoglioso di firmarlo. Poi mi si può dire "hai sbagliato", e a quel punto mi si dimostra perché e uno va a casa. Ma io ero orgoglioso di quella firma e lo sono ancora e devo riuscire a capire se i miei hanno avuto tutte le informazioni per essere orgogliosi insieme a me per continuare quella partita, perché se non il rischio è che noi le battaglie le faremo tutte a livello centrale, le faremo per l'Ordine, le faremo con la previdenza, le farà la Fimmg, perché abbiamo una responsabilità rappresentativa importante anche rispetto a sindacati di altre aree - insieme alla Anaa e alla Cimo infatti rappresentiamo probabilmente il modello di rappresentanza sindacale quasi più che totalitario della classe medica iscritta agli Ordini. Forse dovremo un po' meno preoccuparci delle realtà un po' più piccole che vanno considerate nella possibilità di unità, ma che non possono essere considerate quando l'unico loro obiettivo è il distinguersi, perché se non l'unità la perdiamo. Quindi dobbiamo avere la forza di prendere decisioni in maniera unitaria e far capire che siamo in un momento di cambiamento politico, che ha sicuramente dei vantaggi e dei rischi. Altrimenti dobbiamo arrivare a delle assimilazioni che non voglio determinare perché sarebbe anche scorretto.

Il che significa che dobbiamo probabilmente, forse questo è il momento più giusto, portare fuori questi argomenti e farli capire a questa politica, prima che venga infarcita dalle incrostazioni che esistono all'interno dei sistemi funzionali, regionali e nazionali.

Prima che succeda questo abbiamo la necessità di far capire quello che è stato detto fino ad adesso, cioè che esiste una professione che ha l'orgoglio di voler rimanere tale, una professione intellettuale a valenza primaria. Va recuperato il concetto che noi siamo i laureati di una laurea specialistica che invece viene praticamente non considerata tale. Perché è l'unica laurea che dura 6 anni proprio perché è considerata laurea specialistica. Questo momento di carenza potrebbe essere utilizzato per ridurre e valorizzare i periodi post laurea,

per ottenere rapidamente i medici che servono, piuttosto che pensare a sostituirli con categorie che nemmeno sono disponibili. Credo che queste considerazioni bisognerà cominciare a dirle con forza al centro, nel medio ma soprattutto nella periferia. Io amo dire ai miei dirigenti che credo che un sindacato forte sia tale se ad ogni iscritto del sindacato, soprattutto visto che siamo liberi professionisti e già il concetto di sindacalizzazione di un libero professionista è un po' difficile da concepire, ha modelli di competenza sindacale che lo rendono sindacalista di sé stesso. Se riusciamo a fare in modo che ogni singolo iscritto si senta sindacalista di sé stesso, ordinista di sé stesso, responsabile nella previdenza di sé stesso, e rispetto a tutti i profili abbia la massima comprensione, e ciò dipende dai quadri intermedi di questi sistemi, probabilmente non credo sarà così facile, per qualcuno, scalfire oltre la nostra dignità, e sarà molto facile recuperare quell'orgoglio e quel valore sociale che credo questa professione meriti. Perché continuo a considerare, come si diceva prima Piero, che è la più bella del mondo.

TAVOLA ROTONDA

GLI ASPETTI DELLA PROFESSIONE NEL RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO PARLANDO LA LINGUA DELLO SVILUPPO SANITARIO CON LE NUOVE E SEMPRE PIÙ AGGIORNATE TECNOLOGIE. IN TEMA DI SALUTE EVOLUTA ED AI RISULTATI AUSPICATI, CON L'AVVENTO DELLA TECNO - MEDICINA VIENE PRIMA LA MACCHINA O L'UOMO? SI ARRIVERÀ ALLA TECNO-EMPATIA?

Coordinano: Mario Scali, Angelo Di Mola

*I consiglieri dell'Ordine colloquiano con il Segretario Nazionale della FIMMG **Silvestro Scotti** e col Presidente Nazionale CAO **Raffaele landolo**.*

Angelo di Mola

Avremo in questa tavola rotonda il presidente nazionale della CAO Raffaele landolo e tutti i componenti del Consiglio. Io passerei la parola a Massimo Manchisi per la prima domanda a Raffaele landolo.

Massimo Manchisi

Grazie. Intanto un ringraziamento al presidente landolo e al presidente Scotti per questo momento di confronto con i Consiglieri dell'Ordine e con tutti noi. Oggi dall'analisi degli interventi dei relatori di oggi è emerso chiaramente come una medicina moderna e una odontoiatria moderna non siano correlate esclusivamente allo sviluppo tecnologico della professione, ma anche alla modalità di saperla gestire in ambito operativo globale. All'interno di questo, nella relazione del Presidente landolo sono emersi tutti i punti sul tavolo di discussione dell'odontoiatria di oggi, lo sviluppo più capillare di quella che è la tecnologia quindi la diffusione all'interno degli studi. È emerso anche come effettivamente ci sia una carenza di giovani colleghi che aprono uno studio odontoiatrico e, da quelle che sono state le proiezioni dei funzionari dell'ENPAM, è emerso come invece il quantitativo di colleghi libero professionisti che sono in pensione adesso sia molto aumentato. All'interno di questo scenario, chiedevo al Presidente landolo: può e deve l'Ordine porsi, sfruttando magari la propensione tecnologica dei nuovi e dei giovani colleghi, nel favorire quelli che sono i processi di sal-



vanguardia dell'indipendenza del medico e della libera professione contro queste spinte all'aziendalismo che ci sono oggi? E, superando questo punto, quando può intervenire, può intervenire anche dialogando con l'università; quindi, salvaguardando quella che effettivamente è l'indipendenza della professione? Grazie

Raffaele Iandolo

Grazie. L'ultima parte la interpreto a modo mio nel senso che mai come in questo periodo, almeno in odontoiatria, la collaborazione con l'accademia è assolutamente piena. Ho qualche perplessità sul fatto che un paese serio programmi il proprio fabbisogno di professionisti, almeno in campo odontoiatrico, come se fosse una specie di tombola. Cioè, ogni anno si estrae un numero a caso, la programmazione territoriale è assolutamente, in Italia, almeno in odontoiatria, del tutto assente. In medicina è più facile, perché si esercita la medicina in regime di dipendenza di convenzione. Però anche là riescono a sbagliarla. Quindi penso che, forse, c'è un problema di apparato. E questa è l'ultima parte della tua domanda.

Per quanto riguarda il discorso della sensibilità alle tecnologie, sicuramente c'è una grande sensibilità alle tecnologie. Ma credo che in periodi di crisi come questo c'è una grandissima tendenza nei confronti del paziente ad attuare un'informazione scorretta. Cioè spesso la tecnologia viene contrabbandata come rivoluzionaria, come estremamente innovativa, e invece questo non è. Che cosa voglio dire? Ancora aspettiamo delle prove scientifiche certe, per esempio vi dico una sciocchezza ma è una cosa che tutti conoscono perché tutti la vedete in televisione durante la pubblicità, che questi spazzolini elettrici puliscono meglio i denti in maniera clamorosa rispetto allo spazzolino tradizionale. Siamo ancora a questo come evidenza scientifica. Come evidenza scientifica siamo ancora dietro ad una serie di conferme che oggi non abbiamo. Una cosa tecnica per i dentisti, l'impronta tradizionale, non è stata ancora soppiantata dai famosi scanner intraorali che fanno vedere tutto e da tutte le posizioni e da tutte le angolazioni. E il nostro Codice queste cose le disciplina bene. Allora io cerco, nei miei interventi in giro per l'Italia, di sotto-

lineare che noi forse una parte delle nostre difficoltà nell'uscire da queste crisi importanti l'abbiamo, sebbene per fortuna non abbiamo tutte le problematiche di autorevolezza di cui hanno parlato Alberto Oliveti e Silvestro Scotti. Non vorrei però che, nel correre dietro ai medici, importassimo solo i problemi e non i privilegi, perché se non ci diamo la zappa sui piedi e questo diventa un grosso problema soprattutto per chi ha l'onere di rappresentare a livello ordinistico una categoria che comunque è di 63500 iscritti e dobbiamo trovare l'equilibrio tra chi ci elegge e quelli che dobbiamo proteggere, che non sono gli stessi. Perché ci eleggono i dentisti però dobbiamo proteggere il paziente. E qualche volta, se il dentista dichiara guerra al paziente, siamo in grossissima difficoltà perché dobbiamo tener duro e richiamare il collega e non dimenticarci che dobbiamo tutelare la salute del paziente. Si tratta di un complesso punto di equilibrio e credo che oggi noi non dobbiamo far altro che capire, anche con questo nuovo Governo, dove vogliamo andare a parare perché si tratta di risorse pubbliche. Cioè se ogni anno iscrivi all'Ordine in Italia 1700 dentisti (come nel 2020). L'Italia ne ha bisogno? Non lo so. Se ne ha bisogno facciamoli diventare 2000, 2500. Io ho l'impressione che, più che una rincorsa a quanti dentisti servirebbero in Italia, sia una rincorsa ai laureifici, ai diplomifici che giustificano poi determinate presenze, 37 corsi di laurea in Italia, 37, è una situazione sulla quale una riflessione in più da parte della politica secondo me va fatta. Noi cerchiamo semplicemente di spiegare quali sono le problematiche e per carità siamo disponibili anche a cambiare idea se ci fanno cambiare idea però rispetto ad argomenti seri.

Mario Scali

Silvestro Scotti e prima di lui il dottor Muzzetto e il dottor Oliveti hanno toccato degli argomenti che inducono molte riflessioni. Io personalmente quando vado a un convegno dico sempre "me ne devo uscire avendo imparato qualcosa che domani applicherò nella mia professione". Vi confesso che oggi ho imparato tante cose ma ho anche tantissimi dubbi e non so come riuscirò a risolverli. Questo per fare una brevissima introduzione, ma sono stati toccati degli aspetti che

sono per certi versi anche veramente allarmanti. Ci sono alcuni problemi di fondo che sono stati toccati e che riguardano da vicino la professione del medico di medicina generale.

Ci sono alcuni aspetti di fondo che io riassumerei nel cosiddetto task shifting, cioè il trasferire il compito dell'atto medico ad altre figure, che può essere anche una figura di tipo informatico, qualora questo processo non venga governato nella maniera corretta, e che fino ad oggi è stato fatto invece per altre figure professionali laddove si è delegato ad altri, a volte involontariamente, altre volte scientemente da parte di chi ha in mano le fila della sanità italiana. Silvestro Scotti faceva l'esempio dei tamponi in farmacia. Io faccio l'esempio anche dei vaccini in farmacia. Sono pochi quelli che fanno i vaccini, però io chiedo a tutti quei colleghi che hanno detto 'io non vaccino contro il Covid' quale sia stato il modo di porsi nei confronti dei pochi assistiti che di fatto vengono lasciati senza un atto medico di grande importanza. E questo si ricollega a quello che diceva il collega Oliveti il presidente dell'ENPAM, in tema di diminuzione della nostra autorevolezza, perché se quello che facciamo noi lo può fare un altro, probabilmente diventeremo solo dei medici che stampano certificati Inps, attestati di malattia e si riduce anche la rilevanza sociale da parte del medico. Quindi è un circolo che secondo me va visto soprattutto da parte dei colleghi giovani, bisogna che ci sia un pochino un moto d'orgoglio nei confronti dell'essere medico. Chi ha qualche capello bianco, anzi tanti capelli bianchi, lo deve fare pure, ma io vorrei lasciare a chi verrà dopo di me, una professione che fino ad oggi è stata veramente orgogliosa e di cui si andava fieri. Senza entrare nel discorso della casta o nel discorso elitario, è una professione unica. Qualcuno stamattina la tavola ha detto "è la professione più bella del mondo".

Detto questo partiamo con i quesiti.

Roberto Gallani

Chiedo a Scotti, cosa ne pensa di DM71, della riforma della medicina territoriale in particolare del ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità e delle centrali operative territoriali, l'acronimo COT?

Silvestro Scotti

Innanzitutto, ho fatto una battaglia da napoletano per fare in modo che non diventasse DM71 tant'è che è DM77. Formalmente il DM77 è un sistema di grandissima generalità, ma non ha tutta questa chiarezza rispetto a che cosa dovrebbe essere la riorganizzazione del territorio, tant'è che c'era stata una forte di discussione per un confronto solo con il ministero, mai con le regioni, tant'è che poi il ministero nel confronto con le regioni non ha trovato molte volte unanimità sul modello di riforma. Ed era il periodo della discussione anche sul ruolo giuridico. Quindi, il DM77 in questo momento, e quindi l'evoluzione del DM77 rispetto agli obiettivi del PNRR, rappresenta due facce della medaglia. Una è la faccia economico-amministrativa degli investimenti che chiaramente sono ripartiti sulle regioni e creeranno debiti agli italiani: non so quanti siano coscienti che questo in parte diventa un debito. C'è da considerare che per molte delle gare che sono state predisposte rispetto ai finanziamenti, comprese le COT e le case di comunità, basterà cambiare la targa alla casa della salute scrivendo casa di comunità e prendersi i fondi europei. Io ho il sospetto di chi ha scritto il PNRR e ho quasi la certezza che, sul piano economico, la vostra regione Emilia-Romagna ha fatto un'operazione per recuperare un po' di disavanzo, perché tutto il pregresso l'aveva fatto con il fondo sanitario regionale e oggi recupererà questi fondi; probabilmente sarà una delle poche regioni che potrà raggiungere gli obiettivi senza dover dire alla popolazione che ha creato debito senza dare servizio. Sappiamo altrettanto che la vostra regione come altre regioni, lamentano un mancato rimborso rispetto alle spese per il Covid e quindi che hanno una grande difficoltà economica. E ripeto, nella vostra regione ha un impatto minore, ma immaginate in una regione che non ha una progettualità dello stesso tipo e ha condizioni oro geografiche diverse.

Mi risulta che la vostra regione abbia una logistica stradale abbastanza significativa, sia in senso verticale che in senso trasversale.

È chiaro che con un modello topografico di questo tipo si può parlare

di case di comunità che anche la persona anziana riesce a raggiungere, oltretutto avete una tradizione di volontariato che credo non ci sia in molte altre regioni d'Italia. Immaginiamo la stessa cosa in Calabria o in Sardegna: sarà un po' difficile dire ai paesani che a 20-30 chilometri, con la situazione geografica e stradale esistente, possono trovare una casa di comunità. Quindi un dato del genere che valorizza un modello standardizzato per tutta l'Italia, secondo me è pura follia, lo dico con grande sincerità. Le COT sono l'evenienza su cui la medicina generale si deve organizzare. Pensare che un medico di medicina generale che oggi è gravato da WhatsApp, mail, visite domiciliari, visite ambulatoriali, possa essere disponibile a una chiamata da parte di una centrale operativa, è semplicemente una follia. Chiediamoci: vogliamo rimanere liberi professionisti convenzionati caratterizzati da un'autonoma organizzazione? Andate a vedere come si stanno organizzando gli infermieri, una professione assolutamente rispettabilissima, che oggi ha solo contrattualità dipendente, in buona sostanza.

Ma l'Ordine ha senso, se volete il mio parere, quando esiste una rappresentanza anche di contrattualità libero professionale o convenzionata perché altrimenti, scusatemi, tutto il meccanismo di controllo è nel contratto, anche quello sanzionatorio-disciplinare è nel contratto e l'Ordine rispetto a quello diventa un extra bonus o un extra malus, come vogliamo dire. Ebbene gli infermieri si stanno organizzando in società tra professionisti, per andare a rispondere all'esigenza che si potrebbe aggiungere a quella pubblica, rispetto all'offerta sanitaria. Noi medici questo non lo stiamo considerando. Il rischio è che noi non affermiamo i nostri diritti negoziali.

Ricordate quando è uscita la legge Balduzzi che il giorno dopo il paziente pensava che noi dovessimo essere presenti 24 su 24, 7 giorni su 7? Qualcuno riesce a capire che in questo paese queste sono leggi di programmazione e che devono trovare applicazione all'interno di una negoziazione contrattuale? Qualcuno riesce a capire in questo paese che il DM77 è del 2022 e noi siamo fermi e stiamo chiedendo da tre mesi che

facciano l'atto di indirizzo per il contratto 2019-2021? Qualcuno capisce che 2019-2021 non mi pare contenga il 2022? E riguardo alla domanda che mi fanno tutti "i certificati INAIL si pagano o non si pagano?", sottolineo che la finanziaria 2018, valida per il 2019, ha stabilito che l'INAIL versasse alle regioni i soldi dei nostri certificati che poi le regioni avrebbero dovuto formalizzare su di noi a fronte di un contratto. Poiché la norma vale a partire dal 2019, secondo voi ci hanno permesso di discuterla nel triennio 2016-2018? No, perché tempus regit acta. Ergo, nel prossimo contratto noi potremmo discutere su questa norma, i medici dovrebbero addirittura avere degli arretrati per i certificati dal 2019 al 2021. Secondo voi, vado a discutere nel triennio 2019-2021 le determinazioni di un decreto ministeriale del 2022 poco chiaro? Non so se ci sarà una normativa di riforma più specifica per negoziare i compiti di una medicina generale riferita ad atti legislativi del 2022. Sarei un pazzo. Io in questo momento posso discutere del contratto 2019-2021 per il ristoro economico perché è la cosa che credo, e la sto sollecitando parecchio comunicativamente, perché quanto reggeranno i nostri giovani all'accesso, e i nostri anziani vicino alle pensioni, all'aumento delle bollette dei loro studi? Quanto reggeranno ancora? Quanto reggeranno al fatto che gli potrà aumentare l'affitto? Quanti di loro penseranno che tutto questo stia erodendo il loro reddito professionale e quindi formalmente il gioco non vale più la candela? E quindi, se possono, se ne vanno in pensione prima, o se sono giovani tendono a preferire modelli e orari come hanno fatto con le USCA e favoriranno quell'evoluzione verso un sistema di dipendenza o di paradiendenza, come le case di comunità, che a mio parere oltre a essere in debito, nessuno comprende, è in conto capitale. Cioè tu hai un investimento che nel 2026 finirà. Dal 2027 la casa di comunità diventa costo del fondo sanitario nazionale, ergo regionale. Vi risulta che queste case di comunità, le COT e tutte queste organizzazioni determineranno nella sanità un tale risparmio da poter mantenere e mantenere quelle case di comunità all'interno della spesa attuale che passa al 6,1 del PIL? Vi risulta che il 10% dell'inflazione non

influenzerà sulle gare? E forse in maniera diversa nelle aree dove le società corrette e oneste non vi parteciperanno proprio. Perché se hai una gara prospettata per fare un numero di case di comunità con un'inflazione calcolata al 2 e al 3% e poi ti trovi costi di materie prima al 10% e all'11%, una società, all'interno di una gara a ribasso con la variazione dell'8%, non rischia di accettare nella gara un costo inferiore rispetto al guadagno che riuscirà a fare. Quindi una società seria non partecipa, una società poco seria si piglia i soldi e non ti completa il lavoro e avrai le cattedrali nel deserto o qualcuno dovrà cominciare a pensare: "forse ne facciamo di meno?" Con 1450 case di comunità in 330.000 chilometri quadrati che esistono in Italia, abbiamo una casa di comunità ogni 150/200 chilometri quadrati. Se qualcuno mi dice che all'interno di questi 150/200 chilometri quadrati non c'è un ospedale io non ci credo. E neanche al fatto che il paziente pensi che andando nella casa di comunità troverà servizi migliori, più efficienti, più efficaci di quelli che lo portano al pronto soccorso. Perché sanno tutti che i pazienti vanno al pronto soccorso per le consulenze specialistiche, per fare gli esami diagnostici che in quel momento non pagano e che gli vengono fatti per il triage ospedaliero che è impostato in un pre-triage diagnostico.

Io ho fatto accordi nella mia zona per i codici bianchi e ricordo che quando li facevo in ospedale, ai tempi della guardia medica, ho rifiutato l'accesso alle prestazioni diagnostiche e alle consulenze specialistiche perché andavo a fare il medico di cure primarie. Se fossi andato a fare il sostituto del prontosoccorsista non facevo più il medico di famiglia. Rischio? Forse sì. Però continuavo a fare il mio lavoro e, nonostante facessi i codici bianchi in un ospedale pediatrico, quindi al di fuori dell'area, insieme ai colleghi di guardia medica, facevamo l'80% degli interventi di area medica.

Tornando al percorso contrattuale che è stato fatto, riportando il ragionamento tamponi e vaccinazioni, è stato preceduto da una prova che tutti hanno dimenticato e ci tengo a dare la spiegazione delle scelte, perché forse questo è stato un errore comunicativo.

Noi abbiamo a luglio 2020 partecipato volontariamente e gratuitamente alla possibilità che nei nostri studi si facesse la sierologia per gli insegnanti. Qual era la volontà di quell'accordo: ogni medico aveva un numero di 30 max 40 insegnanti fra i suoi pazienti. Ne ho sentite di tutte: "Non si può fare nell'ambulatorio presente in un condominio...; nel mio studio un'azione di questo tipo non si può fare...", etc. Cioè questo significa che un medico non ha mai fatto neanche una glicemia nel suo studio probabilmente, non ci posso credere. Quindi il percorso è partito da lontano. E a che cosa serviva? Esattamente a quello che si è detto prima: in un momento in cui il paese sembrava aver superato con il lockdown - perché ricordatevi che eravamo a luglio e non era prevedibile la ripresa che c'è stata a settembre/ottobre della seconda ondata - e stava riprendendo le sue attività produttive, uno degli elementi che impattava per i gruppi genitoriali qual era? Che il figlio ritornasse a scuola, perché se il figlio non ritornava a scuola significava che qualcuno non doveva andare a lavorare e se era un commerciante non doveva aprire il negozio per tutta la giornata. Secondo voi come si conquista il ruolo sociale? Se non partecipando con un'azione che consentisse di dire la medicina generale ha permesso di riaprire le scuole? Vogliamo prendere i ritagli di giornale di quel periodo? Presidenti di Ordine autorevoli dicevano che non si poteva fare la prestazione in un ambulatorio che era in un condominio. Se siamo a questo punto, poi non possiamo lamentarci che i farmacisti fanno la diagnostica, scusateci, e quindi fanno le vaccinazioni e ricavano tutto il resto. Il problema è prendere coscienza di che cosa siamo e che cosa vogliamo essere e comprendere che questo ormai è un paese che, anche sul piano politico, sta diventando molto "francese", per i quali la politica dipende molto dai sondaggi, quindi dall'apparente valorizzazione comunicativa rispetto ai problemi. Ebbene sulla comunicazione di una categoria che si offre con 40 sierologie da fare in venti giorni e comunica che permette all'Italia di aprire la scuola, noi non ne siamo usciti positivamente. Dopo di che la barzelletta è stata che in quello stesso anno nel pieno della secon-

da ondata, abbiamo fatto 11 milioni di vaccini antiinfluenzali senza essere vaccinati per il Covid. Io dico che sinceramente siamo un attimino distonici sul piano della concezione del rischio nel nostro lavoro. Sembra quasi che le cose che siamo abituati a fare le facciamo, e allora non possiamo più essere solo proattivi, dobbiamo essere reattivi, dobbiamo avere la possibilità di comprendere con rapidità che se ci sono delle scelte che hanno un valore politico, comunicativo, che rappresentano il modo di recuperare una categoria alla considerazione sociale.

Grazie

Patrizia Sottotetti

Volevo chiedere una cosa al dott. Scotti: la telemedicina domani, dopodomani, il 1° gennaio la vedi una cosa concreta nella nazione Italia? Io ho dei grossi dubbi sulla sua efficacia nel rapporto medico-medico, medico in ospedale e medico sul territorio. Io spero ad esempio che tra me e te ci possa essere un dialogo "occhi con occhi", io sono oculista appunto, non attraverso uno strumento, quindi, credi veramente che in Italia si possa realizzare? Io vedo molta ignoranza, ignoranza in senso buono, la mia, dei miei colleghi, ci sarà poi un cambio generazionale, i giovani medici sono sicuramente più attivi in questa telemedicina, ma i pazienti? Cioè i miei pazienti? quelli che ho visto ieri e che vedrò lunedì, io non ce li vedo proprio.

Silvestro Scotti

Io la trovo una domanda molto opportuna per due motivi: sono assolutamente convinto che nella disponibilità di un processo di specialistica ambulatoriale territoriale, la capacità dell'AFT e delle UCCP, che sono descritte all'interno dei nostri contratti, possano determinare un'offerta ad intensità assistenziale, come dicevo prima, anche del territorio. Come si organizza l'ospedale per intensità assistenziale? È possibile organizzare un ospedale per intensità assistenziale, questo l'ha dichiarato anche il segretario nazionale del SUMAI all'ultimo congresso; che poi preveda che questo succeda nella casa di comunità o nella sede di riferimento dell'AFT in carico alla medicina generale diventa poco importante, purché succeda.

E quindi partirei da tutto quello che si può risolvere in presenza nella relazione tra lo specialista territoriale e il medico di famiglia, nelle aree in cui questo è organizzabile secondo me è preferibile, non c'è alcun dubbio. Ed è preferibile soprattutto nell'economia di scala della possibilità di un trasferimento fiduciario che preveda una compresenza, anche per far comprendere l'appropriatezza della mia richiesta, perché io potrei aver coinvolto lo specialista in una prestazione che, dal vero, mi dimostra, poteva essere in qualche modo affrontata da me in prima battuta, con tutto ciò che comporta questo in termini di liste d'attesa.

Ci sono poi condizioni diverse in cui questo non ha facilità ad essere realizzato in maniera così deterministica. Come il caso di uno studio periferico con un device e quel device dovrebbe permettere, attraverso la guida da specialista, di determinare una prestazione che non è certo quella che potresti offrire nel tuo studio, ma è quella che ci si avvicina di più.

Servono provvedimenti legislativi rispetto al nomenclatore regionale delle prestazioni, perché la prestazione in telemedicina non è ancora prevista nei nomenclatori regionali, quindi o diventa identica alla prestazione normale fatta in studio (ma perché un ospedale, un ambulatorio o un ASL che ha una prestazione pagata con un tariffario poi dovrebbe di fatto ridurselo rispetto a una prestazione fatta a distanza?) o occorre creare percorsi di appropriatezza per i casi che rientrano nell'uno e per quelli che rientrano nell'altro.

Il concetto di para-subordinazione è sempre stato vissuto in maniera diversa tra la parte convenzionata della medicina generale e la parte della specialistica ambulatoriale, e a volte, per scherzo, tendo a dire che "non voglio essere un para-subordinato e non capisco perché non posso essere un para-autonomo". Qualcuno pensa che sia una battuta, ma credo che siano due facce della stessa medaglia alla fine. Di fatto quello che non capisco, e che credo sia una cosa sulla quale invece investire proprio alla luce del ragionamento fatto in questo convegno, è l'adozione dei fattori di produzione. Cioè voi non potete più considerarvi dei convenzionati, cioè

dei lavoratori autonomi all'interno di un'azienda, la stessa che vi controlla i fattori di produzione. Cioè l'apparecchiatura, i sistemi per il controllo di un fondo oculare, li deve dare l'Azienda o sono di proprietà? Perché finché li dà l'Azienda, la capacità di produttività sarà condizionata dall'Azienda stessa, anche rispetto a me. Alla luce di ciò è chiaro il bisogno di vedere che contrattualità regionali e nazionali della specialistica ambulatoriale comincino ad andare in quella direzione e che possono essere anche in accordo in economia di scala con me, perché alla fine un oftalmoscopio potrei avercelo anche io nel mio studio, in coordinamento con lo specialista rispetto a quelli che sono gli obiettivi, se viene in presenza o se fa una consulenza a distanza rispetto a quel processo.

In ogni caso credo che occorra organizzarsi contrattualmente per poter gestire il tutto, mantenendo le nostre autonomie e il nostro ruolo professionale, perché altrimenti il rischio è che chi controlla i fattori di produzione possa farti apparire funzionale o disfunzionale, e credo che questo la categoria lo debba capire. Anche sulla specialistica ambulatoriale, rispetto a un'evoluzione come quella che abbiamo detto (ad es. riduzione liste d'attesa), se si diventa inefficiente o inefficace, perché gli strumenti di produzione che dovrebbe dare l'azienda mancano, si riduce il valore che ti dà il sistema sociale; tu manterrai il tuo ruolo contrattuale e sarai uno specialista ambulatoriale, ma la considerazione della tua utilità nel tempo si riduce, e mi sembra che poi alla fine nonostante le carenze vengano ridotte le ore di specialistica ambulatoriale invece di aumentarle, quindi se nel percorso prevale la parte economica allora si deve sfidare sull'efficienza. Questa credo sia una partita che la specialistica debba fare in prima persona per evitare di non avere una telemedicina imposta.

Claudia Rabajotti

Più che una domanda volevo fare una considerazione. Fermo restando che è inconfutabile l'utilità della tecnologia, ad esempio in odontoiatria dove le immagini e le "proiezioni" sono importanti, l'attenzione la vorrei porre su un altro mezzo di

comunicazione, quello del medico odontoiatra-paziente.

Nel periodo di lockdown pandemico è stato utilissimo il basico Whatsapp perché ci permetteva di riconoscere quella che effettivamente era un'urgenza, anche a volte con una foto, da quella che poteva essere una falsa urgenza. Mezzo utilissimo quindi. Di lì il passo però a utilizzare il Whatsapp come diagnosi di comodo da casa, cioè in maniera non appropriata, è stato molto breve, ed è aumentato, soprattutto dopo questi due anni. E questo è uno sminuire la professione e la figura dell'odontoiatra: questa mattina ho ricevuto due video, ben due video, di un paziente che mi fa vedere lo spazzolamento delle gengive che sanguinano e mi chiede cosa deve fare. No, non va bene. Occorre venire in studio e si fa la visita. La visita è un atto medico fondamentale per una diagnosi, che può essere banale ma anche ben più seria. Quindi forse occorre trasmettere ai giovani che va bene il comunicare la disponibilità con il telefonino, con WhatsApp però bisogna mettere anche dei paletti. Cioè non sia un mezzo per bypassare la visita.

Raffaele Iandolo

La questione urgenza/non urgenza secondo me è stata preziosa. Per distinguere l'intervento normale, quindi differibile, rispetto alle emergenze e urgenze, lo strumento va benissimo. Per fare diagnosi no, anche perché rispetto alla diagnosi che noi facciamo, prendiamo una responsabilità. Allora se il professionista ritiene di assumersi una responsabilità dal punto di vista professionale, una osservazione di questo tipo io credo che sia un azzardo, lo dico con chiarezza.

La visita è una cosa seria. Dobbiamo avere i presupposti per poter fare un'osservazione seria, per poter avere degli strumenti diagnostici seri che non sono solo l'osservazione, ma ci permettano di assumerci una responsabilità, rispetto alla quale potremmo anche pagarne le eventuali conseguenze. E quindi per questo non è sufficiente una foto su Whatsapp. Il grosso rischio è che la tecnologia avanzata poi giustifichi il tutto.

Altre domande**Martina Bishara**

Buongiorno. La mia domanda riguarda sempre la tecno medicina: l'implementazione tecnologica sicuramente si realizza o si realizzerebbe con una serie di costi. E mi chiedo se al netto di questi costi si possa fare una quantificazione effettiva dei benefici della stessa, e se, a fronte di questi benefici, siamo così sicuri che essi superino il rischio di un ulteriore deterioramento del rapporto medico-paziente, proprio a causa della mediazione tecnologica. Grazie.

Gian Paolo Ceda

Si è parlato di formazione questa mattina, quindi formazione universitaria che riguarda sia il corso di laurea sia il post-laurea specialmente in medicina generale. La medicina generale viene insegnata pochissimo, e solo in alcuni atenei italiani.

In qualche modo rivendico insieme al presidente Muzzetto, di avere, non dico introdotto, ma di avere sviluppato l'insegnamento della medicina generale (del servizio sanitario nazionale, eccetera, e delle cure primarie) nel corso di laurea di Medicina.

Tanto è vero che attualmente nell'ultimo piano di studi del corso di laurea di medicina, ci sono due crediti formativi sul servizio sanitario, la medicina generale e così via. Poi vi è anche l'insegnamento della bioetica a cui ha contribuito notevolmente anche l'Ordine. E questo nel corso di laurea di medicina a Parma. Tuttavia, questo insegnamento non è così diffuso negli altri atenei. Quindi la domanda è se ha un ruolo importante e come affrontarlo da un punto di vista strutturale, in quanto la medicina generale non ha un settore scientifico disciplinare a se stante ma sono alcuni moduli di insegnamento che vengono inseriti in altri settori, in altri corsi integrati.

Per quanto riguarda invece il post-laurea, una riflessione: trovo in qualche modo indecoroso che un corsista del corso di formazione di medicina generale, corso organizzato dalle regioni insieme all'Ordine dei medici della durata di tre anni, abbia una retribuzione veramente indecente: parliamo di 11.600 euro nell'arco di un anno che è tassato e che non dà alcuna protezione lavorativa in quanto si tratta sostanzialmente di borse di

studio. Quindi penso che anche questo sia un problema grosso quando si parla poi di credibilità del medico. Che credibilità il medico può avere nei confronti della cittadinanza quando ha, diciamo così, una borsa di studio che è inferiore al reddito di cittadinanza, senza alcuna polemica in questo senso. Penso che la politica dovrebbe fare una riflessione molto importante su questi argomenti.

Abbiamo inoltre una situazione drammatica in termini di numerosità, di capitale umano. I medici di medicina generale sono sempre meno a causa dei pensionamenti, abbiamo il trattamento dei giovani medici veramente indecoroso, quindi anche dal punto di vista sindacale, penso che dovrebbe essere un'opportunità per battere un po' i pugni sul tavolo. E poi c'è, ma lo sa sicuramente, il disegno di legge che è stato depositato sulla trasformazione di questo corso specialistico in una vera e propria scuola di specializzazione, come succede sostanzialmente in tutta Europa, che quanto meno aumenterebbe l'appetibilità della scuola da parte dei medici in formazione.

Mario Scali

Consentimi di aggiungere che la medicina di famiglia o le cure primarie hanno la dignità di dipartimento nella maggior parte delle università anglosassoni, Olanda e anche altre nazioni.

Maurizio Falzoi

Secondo me la tecnologia ha dimostrato di essere la punta di un iceberg al di sotto del quale c'è un grosso problema di una crisi della sanità in generale. Credo che in questo momento abbiamo una grande confusione. Come diceva Mao: "Grande la confusione sotto il cielo" e la situazione potrebbe essere eccellente. Dalla "833" son passati 44 anni, e credo potrebbe essere l'occasione per cominciare anche a pensare di ridisegnare una sanità in Italia. Voglio essere provocatorio davvero. Si parla di sanità pubblica, privata, tante cose secondo me sono piccole visioni quando invece c'è un sistema più grande che vuole ridisegnato probabilmente nel suo complesso.

Maurizio Leccabue

Buongiorno. Noi diversamente giovani, abbiamo vissuto negli ultimi

20/30/40 anni l'evoluzione della tecnologia in medicina e aveva dato, forse più ai pazienti che a noi, una sensazione di onnipotenza della medicina, con l'obbligo del risultato, oltre che dei mezzi. Poi è arrivato il Covid a ridimensionarci un po'. Rimangono tempi d'attesa che si sono ulteriormente dilatati e alcune aziende suppliscono a invarianza di mezzi, imponendo magari a degli specialisti di fare una visita ogni 10 minuti, il che mi sembra una cosa improponibile. Questa mattina è stato richiamato il concetto, molto caro al nostro presidente Muzzetto, che il tempo di relazione e il tempo di comunicazione sono il tempo di cura. Il presidente Oliveti ci ha richiamati all'orgoglio professionale. La domanda è: che mezzi abbiamo noi, contrattuali e non contrattuali, per convincere i pazienti in primis, la popolazione e di concerto i nostri politici amministratori, che per esercitare la nostra professione, non si può essere vincolati a tempi del genere ma occorre ciò che occorre, occorrono i tempi e i mezzi che servono per esercitarla con cura?

Pietro Piazza

Chiedo un consiglio più che una domanda soprattutto per noi giovani medici. Come fare per mantenere la centralità del ruolo medico, in modo tale da non dover essere sostituiti da bellissimi e precisissimi algoritmi?

Risposta**Silvestro Scotti**

Allora: costi-benefici della telemedicina, dipende da dove si inquadra la questione.

Se formalmente si inquadra un percorso di telemedicina non all'interno di un meccanismo prestazionale, ma all'interno di una presa incarico di un paziente cronico con un modello di intensità assistenziale maggiore, ad esempio un soggetto iperteso, si ha la necessità più o meno annuale di fargli un elettrocardiogramma. Ora quell'elettrocardiogramma è più facile farlo eseguire facendo la ricetta, mandando la persona a prenotarla, andando dal cardiologo, con costi accessori per quel paziente che se è un soggetto anziano dovrà chiedere - con la piramide generazionale capovolta - a uno dei nipoti, figli, con probabile manciata, rimborso benzina: gli costa

di meno andarselo a fare nel privato. Io non penso che nella visita generalistica arricchita della diagnostica di primo livello, serva il referto. Perché io non faccio il referto a me stesso. E non credo che esista un cardiologo a cui, se io mando l'elettrocardiogramma fatto da me, non lo ripeta. Ergo serve a me per valorizzare se quel paziente è un paziente che va inviato al secondo livello o meno. In questo caso, è dimostrato, ci sono colleghi che in un progetto di Fimmg chiamato studio medico 2.0 o 3.0, hanno dimostrato che praticamente facendo questi elettrocardiogrammi all'interno degli studi, formalmente c'è un risparmio di prestazione. L'accordo sindacale non dovrebbe essere sulla prestazione ma su una migliore presa in carico dell'iperteso, del diabetico. Io mi porterei su questa focalizzazione di pazienti. E potrebbe essere anche il fondo oculare per il diabetico: ci sono degli oftalmoscopi per il cui utilizzo basta un corso; ci sono degli ecografi in cui addirittura ci si può collegare con lo specialista aperto sullo stesso video collegato in internet, col suo puntatore, e guidandoti impari.

Se ognuno guarda il proprio orticello purtroppo non saremo mai uniti, e a chi dice "eh ma i medici di famiglia mica sanno fare le ecografie o gli elettrocardiogrammi" rispondo che un elettrocardiogramma in linea di massima oggi in uno studio lo fa l'infermiere e poi porta il referto. Sinceramente quindi trovo offensive queste affermazioni. Poi lo abbiamo visto con le USCA, che sono state dotate di echography on bed e andavano a fare le diagnosi di polmoniti. È vero che sono i giovani ad essere più digitali, ma credo che come si sia imparato in pochi giorni con le strie verticali a verificare una polmonite da Covid, poteva riuscirci anche un medico di famiglia della mia età.

Sulla formazione in medicina generale, per rispondere al prof. Ceda, c'è un problema di fondo che nasce all'origine. Innanzitutto, non si può confrontare il corso di formazione in medicina generale col corso di specializzazione. Non fosse altro perché lo specializzando assume all'interno del percorso un'azione di formazione e lavoro. Cioè firma un contratto di formazione e lavoro per cui viene pagato per la parte formativa e per la parte lavoro. Invece qual è la produttività in termini di lavoro per

l'ASL di un medico tirocinante del percorso di formazione di medicina generale, visto che nel programma è scritto che neanche può toccare il paziente e deve essere solo un osservatore?

Lo specializzando in ospedale produce economia per quell'azienda universitaria o ospedaliera universitaria, il tirocinante in medicina generale non produce per l'azienda sanitaria territoriale assolutamente nulla. Appartengono quindi a due dinamiche completamente diverse: una contrattuale e una formativa. Il paradosso è che il giovane in formazione che ha incarico mille assistiti poi dovrebbe fare 38 ore di formazione. Ciò è pura follia: lavora presso il suo studio e poi viene presso il mio per fare l'osservatore. Ma non è molto più coerente che quell'anno formativo gli venga riconosciuto nel suo studio e al massimo si confronti con me come tutor rispetto alle questioni?

Qualcuno deve fare modifiche legislative per ripianificare questa situazione.

E in quel caso se si facesse un piccolo conteggio di quello che sarebbe il reddito per le mille scelte in carico rispetto al reddito della borsa di studio, forse converrebbe fare il corso di formazione in medicina generale rispetto alla specialità, in termini di obiettivo reddituale, se non fosse che il medico in formazione paga l'IRPEF mentre la borsa di studio per la specializzazione non paga l'IRPEF, quindi è fuori redditività. Quindi fino a che non si chiarisce la produttività non si può confrontare un contratto formazione-lavoro con un contratto formazione-osservatore. D'altra parte, in questo momento alla medicina generale, quindi a chi la rappresenta, conviene investire creando la formazione-lavoro e trovando risorse nella carenza dei medici per compensare il reddito di questi, o conviene trovare risorse per aumentare le borse per la formazione in un momento in cui per farle aumentare abbiamo dovuto usare i fondi del PNRR? Se aumento il compenso delle borse, e ciò significherebbe una diminuzione dei numeri delle borse, mi sono suicidato da solo. Anche se si raddoppiano le borse nei prossimi anni mancherebbero 15000 medici. Quindi mi pare evidente che la partita da giocare in questo momento non è quella di aumentare il reddito della borsa, è

quello di mantenere il numero e trovare il modo per creare un contratto formazione-lavoro. Oggi secondo me alla luce delle leggi emergenziali fatte, esiste la possibilità di chiedere un momento di ricoordinamento delle leggi esistenti, e se riuscissimo ad intervenire sul comma 5 articolo 1 della Legge Balduzzi che demanda la valorizzazione della formazione della medicina generale al Patto per la salute portandola nel suo contesto naturale che è l'ACN,

come dicevamo noi della Fimmg, nel prossimo ACN appunto potremmo inserire un monte ore qualificato di formazione che obbligatoriamente devono fare questi giovani, diventando una parte della loro attività.

Per rispondere al Dr. Falzoi credo che serva una riforma che parta dalla legge 833 e che la recuperi per i contenuti professionali che credo rappresentino il nostro servizio sanitario per come lo conosciamo, e lo adeguino all'evoluzione digitale che stiamo determinando, ma senza cambiarle lo spirito.

Per rispondere al Dr. Leccabue, sull'obbligo di risultato e obbligo di mezzi devo dire la verità, ha dato un grande contributo? Non saprei rispondere, sono convinto che formalmente sei riuscito a valorizzare, molto meglio di quanto sono riuscito io, il ragionamento sull'evoluzione di una professione intellettuale. Una professione intellettuale nel diritto civile non ha l'obbligo di risultato, non lo può avere perché è un processo come abbiamo detto che ha bisogno della discrezionalità, ha bisogno della personalità, e quindi ha bisogno dell'individualizzazione personale delle procedure, ergo la tecnologia che ci porta, come tu giustamente hai detto, verso un obbligo di risultato nella percezione del paziente è il più grande pericolo che abbiamo di fronte.

La domanda più difficile è quella del Dr. Piazza: la centralità del ruolo del medico in termini di consiglio.

Non credo che i soldi siano il primo obiettivo, penso che il primo obiettivo sia l'essere medico per come uno si sente, e credo che ognuno di noi, nel singolo caso trovandosi di fronte la situazione, possa decidere di fare una prestazione anche gratuita e questo non deve sentirlo come una colpa.

Grazie

CONCLUSIONE DEI LAVORI

Pierantonio Muzzetto

A conclusione del convegno odierno occorre fare il punto di quanto espresso e per certo verso arrivare ad una sintesi degli interventi succedutisi. È stato toccato l'aspetto del Codice deontologico (CDM) e di quanto la deontologia entri nel sistema di gestione della tecnologia evoluta e dell'intelligenza artificiale (AI).

Deontologicamente è agli atti federativi la proposta di modifica degli articoli del Codice inerenti la ICT e il settore dello sviluppo della tecnologia AI-mediata. Questi contributi legati ai lavori della Consulta e agli altri federativi saranno utilizzati nella riscrittura del Codice deontologico del futuro. Il convegno odierno ha posto l'attenzione sul grande dilemma degli equilibri che dovranno esservi fra l'intelligenza dell'uomo e quella artificiale della macchina e dei rapporti che dovranno aversi orientando gli interventi migliorativi in ambito di salute. Questo attraverso l'ideazione ed il governo di software evoluti in grado di portare sostanziali cambiamenti alla medicina e finalizzando ogni intervento alla gestione efficace del cambiamento, non a torto, considerato epocale.

Negli ultimi 10/15 anni si è assistito ad una continua implementazione della strumentistica per la diagnostica e la terapia col sempre più diffuso uso di Internet: oggi non a torto considerato il sistema di raccolta e custodia dei

"big data" necessari per l'istruzione delle macchine evolute (*learning machine*) quale espressione dell'AI applicata in ogni campo.

Lo sviluppo tecnologico è stato, in questo ventennio, rapido ed importante. Tutto ciò si è tradotto in una sempre più vasta gamma di scelte in ambito diagnostico e terapeutico che sono andati di pari passo con un aumento delle risorse da dedicarvisi. La partenza del sistema è Internet la cui potenzialità in tema di dati offerti è strabiliante da cui deriva la consapevolezza del cittadino del mondo di poter avere notizie e risposte in brevissimo tempo su tanti aspetti e in molteplici campi dello scibile, dalla cronaca, all'attualità, alla saggistica o alla medicina, sviluppando il desiderio non solo di sapere, ma, soprattutto, di poter autonomamente fare delle scelte anche in tema di salute, autodeterminandosi anche sotto quest'aspetto.

Sembra un secolo fa la pubblicazione una vignetta su *Le Monde* (2012) dal titolo: *'avec Internet le patient joue au médecin'*. Ma solo un decennio fa si prendeva consapevolezza che quello dell'adulto non era più il gioco che si faceva quando si era bambini e si giocava "a fare il dottore", ma l'acquisizione di una *disintermediazione* fra persona e conoscenza senza, cioè, interloquire col medico in carne e ossa.

Così si è fatta strada un'esigenza del sapere e del fare da soli: attraverso Internet il paziente non tanto giocava a fare il medico, quanto si sostituisce ad esso nella gestione della propria

salute. Dalla consapevolezza del sapere e poter al fare da solo a farlo senza remore, pur coi dubbi legittimi di avere un sistema molto democratico in cui l'informazione tanto "democratica, come quella dovuta ad Internet, si dimostra ora molto discutibile se non opportunamente valutata e governata. Proprio perché si è posti di fronte verità apparenti, in cui vero e falso sono offerti sullo stesso piano ed allo stesso modo, cosicché è alto il rischio che vero e falso siano rispettivamente visti come falsi e veri se non criticamente e correttamente individuati. La grande rivoluzione di Internet vien da lontano e per tanto tempo non completamente riconosciuta e, fors'anche sottovalutata. Una trasformazione evoluta con velocità astronomica da metà del 2010 in cui si è manifestata in modo sempre più chiaro una dipendenza dal mezzo elettronico e misconosciuto il ruolo dell'AI, in un certo qual modo non capendo cosa fosse e come si presentasse. Essendo un esempio di fantascienza cinematografica, visionaria, dovuta nel 1968 all'opera "2001: Odissea nello spazio" (2001: *A Space Odyssey*) diretto da Stanley Kubrick, scritto assieme ad Arthur C. Clarke, che, nello stesso anno, pubblicò il romanzo omonimo.

AI non compresa per tanto tempo e forse totalmente sconosciuta fino a pochi anni fa, quasi esorcizzandola ed ora presentatasi sotto molteplici formule, con semplificazione dei processi a aumento delle interconnessioni fra *sapiens* in ogni passaggio della vita di relazione. Un ruolo ha certamente avuto la visione di ricercatori molto attenti e l'immissione continua di apparecchiature sempre più complesse, evolute ma sempre meno complicate nell'utilizzo, nella telefonia come nell'elettronica, con capacità crescenti dotati di attività disparate come nelle grandi macchine o grandi computer. Strumenti che hanno ritmato il lavoro e la quotidianità delle persone, talvolta sostituendosi ad essi, sicuramente condizionandoli e portando ad una dipendenza progressiva di tipo psico-fisico, per certo verso anche modificandone l'uso originario. Si è costituita una connessione continua fra uomo e macchina, o mediata dalla macchina, fra uomo e uomo. Di grande comprensione è stata una fotografia scattata alla stazione di Parma nel 2014 che mostrava una persona che, inginocchiata guardava e



usava lo Smartphone e l'iPad posto sulla sua valigetta, quasi pregasse all'altare della tecnologia. Da allora è una cosa pressoché normale vedere dovunque si vada, al ristorante come in riunioni ufficiali, persone sedute accanto o di fronte che non si guardano e non si parlano ma hanno attenzione al proprio telefonino su cui scrivono o chattano, con atteggiamenti esternati anche in famiglia e nei rapporti all'insegna dell'incomunicabilità pressante. Per cui lo smartphone risulta piuttosto un feticcio della modernità, che ci coinvolge ed estranea dal contesto generale. E ciò diventa espressione del costume.

A questo punto ci si è trovati di fronte ad un qualcosa che altro non è se non la constatazione che il futuro è fra noi. O forse, occorrerebbe dire il futuro non è domani ma è già ieri. Con la necessità di dover ritornare al futuro, al fine di guardare avanti senza recriminare o non fare passi falsi, col procedere ad una retro-analisi, al punto di far dire che dal passato deriva lo sviluppo futuro e, perciò, la visione proattiva della vita. Valutando, per meglio dire, la realtà come elemento di proattività, ma anche come evoluzione di un passato storico su cui costruire razionalmente un futuro con visione positiva.

A ben vedere oggi consideriamo l'algoritmo, un concetto antico su cui si basa l'algoritmica, la robotica, l'intelligenza artificiale che ha in esso l'anima razionale, un prisma che diffonde luce e mima il neurone nelle reti neurali. Fonte di evoluzione come il metaverso e di quanto ne scaturirà, tipo la quantistica di cui abbiamo soltanto sentito accennare. Un insieme di coordinati elementi che ritmano il quotidiano, e che confermano quei valori inseriti nella figura del pentagono (*il pentagono valoriale al cui interno è il sapiens o l'uomo vetruviano leonardesco*) al cui vertice superiore è posto il bene salute e a questo si collegano gli altri valori in un movimento per certo verso, però, circolare considerando, dunque, quello morale, professionale, economico e sociale.

In modo tale che la novità è non porre limiti o divieti a considerare questi valori, ma che si attui un percorso delle innovazioni che siano sempre perseguite seguendo un percorso one-way, obbligatorio perché indispensabile, in quanto finalizzato al raggiungimento

del bene salute dell'uomo. La professione medica si conferma nel suo "essere virtuoso", in quanto esprime quegli aspetti necessari per dare autorevolezza alla nostra professione, oggi trascurata e poco considerata al di fuori della nostra comunità. È chiaro che una parte della responsabilità di un certo decadimento risiede proprio nel medico, troppo spesso delegando all'*inanimato*, che si ritrova sotto forma di telefoni smartphone, computer, chatbot, robot dotati di sistema conversazionale, ChatGPT, cui affidare funzioni proprie. Con tutta una serie di rischi che passano dalla spersonalizzazione dei rapporti e delle relazioni, a maggior ragione in ambito sanitario, di quella medico - paziente.

Soprattutto laddove una tecnologica a costi accessibili, sempre più ridotti, porterà a possibili ed ulteriori diseguglianze, preconizzate in un recente passato da parte del filosofo contemporaneo Edgar Molin, attribuendo, come sostengono importanti economisti e premi Nobel, proprio all'innovazione spinta la perdita di posti di lavoro e il deskilling, ovvero la dequalificazione. Oggetto anche, oltretutto di numerosi studi economici, di analisi di guru della tecnologia mondiale, che chiedono una riflessione per valutare il fenomeno della scomparsa di posti di lavoro e della disoccupazione, pur preconizzando una capacità di ripresa e di ristrutturazione per l'innovazione del lavoro stesso.

La robotica a basso costo, però, con queste caratteristiche, deve farci riflettere perché nella sua evoluzione attraverso la rete neurale d'apprendimento e gestione potrà dare, se ben orientata, delle risposte complesse, abituata com'è a prendere tutti i dati necessari (big data) che, una volta acquisiti, vengono gestiti in modo autonomo con mimetismo umano nelle risposte e interloquzioni. Quindi questa è un'avvisaglia del vero futuro in cui ci troviamo, e verso cui andiamo, a dimostrazione di come quell'intervallo tra l'automazione di determinate attività e le risposte agli interventi si stia progressivamente accorciando, in una realtà sempre più vicina. Cosicché, nell'ambito dei valori, dal pentagono che abbiamo idealmente tracciato dovremo aggiungere un sesto elemento, quello della *cyberetica*, non semplice accessorio, formale, ma fondamento del percorso etico dell'innovazione tecnologico e dell'AI, che dovrà permeare ogni nostra atti-

vità. Al fine di fare un'analisi coerente del mondo medico e dei problemi in esso esistenti – ovvero di *quelle stesse particolarità che hanno fatto definire la "questione medica"* - dovremo parlare d'ora in avanti di questione *cibermedica*, con i dubbi che sono stati posti e che ci sono oggi nella nostra attività.

In ogni caso, va discusso se il rapporto esclusivo medico-paziente sia una semplice e fredda relazione di cura *eterogestita* che è, poi, lo snodo su cui si articola la professione. Una domanda che merita una risposta essendo, pur in un'era tecnologica di rilievo, pur sempre una relazione complessa, basata sulla fiducia vicendevole e duale. Pur in un sistema di relazioni e di cooperazione multiprofessionali non può essere infatti limitato il valore del rapporto tra medico e paziente, come pure va posta attenzione alla relazione che intercorre tra medico-paziente e società nella quale si attua. Il rapporto fiduciario non può che essere col medico anche se il sistema prevede interventi complementari fra varie figure in cui il medico stesso col suo agire (*atto medico*) ha ruolo di gestione primaria, impostata sulla fiducia vicendevole e sulla dialogia. In un rapporto non solo semplicemente duale ma con risvolti e coinvolgimento della società. Quindi si attua una triangolazione etica, medico-paziente-società, in quello che si definisce il *triangolo etico di Von Engelhardt*. Una posizione etica filosofica che non muta nemmeno laddove il medico sia chiamato a valutare a distanza lo stato di salute.

E la domanda che a questo punto ci si pone è: il medico perderà di vista il malato in un rapporto mediato dalle macchine? A cui è necessario dare una risposta sicuramente su base deontologica. Eticamente appare ovvio che impensabile che possano essere trascurati i valori della relazione di cura, nell'alleanza fra medico e paziente, che è assolutamente un patto che investe il medico nel senso più laico del rapporto umano e con richiamo al valore della persona, pur nello stigma della *religio hominis, umana e non certo blasfema*. Quale espressione del *contatto fiduciario fra medico e paziente* di cui si ha responsabilità diretta, ovvero del rapporto umano e diretto dal profondo senso etico. Questo ci pone nella condizione di dire: 'ma allora noi entriamo o non entriamo negli ambiti del dominio della scienza e della tecnologia? E, se sì, fino a

che punto? A ragion veduta possiamo ben dire che è forte il convincimento che debba essere rafforzato il rapporto personale, fattivo e dialogico, con i primari interlocutori in ambito di salute, che sono i pazienti, persone sotto quest'aspetto più fragili e deboli. Certamente, un'oculata visione del medico e della tecnologia potrà limitare ogni possibile declino della professione medica. Proprio perché la riconquista-rinascita della professione passa attraverso la stima reciproca e la comunicazione "compresa" e, quindi, attraverso un riconquistato rapporto fiduciario, perché questo significa che in realtà possiamo entrare in alcuni degli aspetti in passato definiti come "crepuscolo del dovere", la cui soluzione è l'esercizio di una professione incentrata su una deontologia forte.

Si vuole dare ruolo e valore alla deontologia medica nel turbinio evolutivo, ipertecnologico, della medicina? I punti fermi sono il bene di chi ne sia affidato, nella visione bioetica della beneficiabilità che diventa la stella polare della relazione di cura fra medico e paziente.

Quindi, tutto ciò, dovendo fare i conti, ora come prima, con due fattori fondamentali che sono quello del rapporto con il paziente/persona, che diventa sempre più esigente in tema di salute, e la posizione di preminenza di quest'ultimo, dovuta alla visione meno nobile di un'eteronomia del medico contrapposta all'autonomia del paziente, in cui si ribaltano i valori della condivisione di un rapporto armonico ma nell'asimmetria dei saperi e dei ruoli, facendo virare verso un inconciliabile potere (in tema di beneficiabilità) del paziente che diventa il primo padrone del medico in un sistema di poteri esercitato da Stato e Società, che, di fatto, fa diventare questi ultimi secondo e terzo padrone del medico. Delineando un sistema di poteri, malauguratamente ben peggiori dell'insostenibile potere medico, esecrato da quelle stesse figure che ne ribalterebbero artatamente le posizioni. Determinando alla fin fine un medico non più autonomo bensì in sudditanza morale.

Da un punto di vista etico come coniugarlo, perciò, con la figura del medico sempre attuale e gestore

dell'innovazione? Oggi il dilemma è di come ci si allinei al principio deontologico, nel suo essere, al contempo, terapeuta, tecnico, scienziato, manager, politico con competenze pluridisciplinari. Ciò riporta all'origine della professione ed ai suoi principi immortali fondati sulla capacità clinica che si esplicita in quel *non abdicare alla clinica*. Al tempo delle macchine evolute occorre credere nella medicina. *'Credere nella medicina - diceva Proust - sarebbe una grande follia, ma non crederci sarebbe una follia ancora più grande, perché da questa grande quantità di errori sono emerse nel tempo molte verità'*. E il pensare che questo sia per i medici un punto di riferimento e di partenza fa dire, senza tentennamenti, che salvare la medicina significa oggi salvare una professione alta e indispensabile, perché con essa si salva al contempo il bene supremo della salute e chi la preserva, quel medico, che troppo facilmente si vorrebbe vittima di quella declinata "deskilling", attribuita all'esagerata influenza della tecnologia nel mondo del lavoro. Col convegno assolutamente escluso.



MODERATORI E RELATORI

Laura Battistini

Responsabile Consulenza e formazione Previdenziale Enpam

Luca Cinquepalmi

Direttore Settore Futuro e Innovazione Enpam

Angelo Di Mola

Presidente CAO Parma

Raffaele Iandolo

Presidente CAO Nazionale

Pierantonio Muzzetto

Presidente Omceo Parma – Presidente Consulta Nazionale Deontologica CND- FnomceO

Alberto Oliveti

Presidente Nazionale Enpam

Lucio Romano

CIRB – Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica

Vittorio Pulci

Vicedirettore Generale - Direttore Area Previdenza e Assistenza Enpam

Mario Scali

Vicepresidente Omceo Parma

Silvestro Scotti

Segretario nazionale Fimmg -Vicepresidente Omceo Napoli