

volume 13

ISSUE 5

2025 dicembre



SOCIETÀ
SCIENTIFICA
DI MEDICINA
INTERNA

FADOI

FEDERAZIONE
DELLE ASSOCIAZIONI
DEI DIRIGENTI
OSPEDALIERI
INTERISTI

QUADERNI

dell'Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital
and Internal Medicine*

Editor in Chief
Michele Meschi

The official journal of the Federation of Associations
of Hospital Doctors on Internal Medicine (FADOI)

Le implicazioni medico-legali della pratica clinica dell'internista

Guest Editor: Elisabetta Romboli

EDITOR-IN-CHIEF

Michele Meschi, *UOC Medicina Interna a Indirizzo Diabetologico, Azienda USL Modena, Italy*

PRESIDENTE NAZIONALE FADOI

Francesco Dentali, *Varese, Italy*

PRESIDENTE FONDAZIONE FADOI

Dario Manfellotto, *Roma, Italy*

EDITOR-IN-CHIEF

ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE E ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE - QUADERNI

Michele Meschi, *Modena, Italy*

ASSOCIATE EDITORS

Laurent Bertoletti, *Saint-Étienne, France*
Benhood Bikdeli, *New Haven, USA*
Alessandra Bura Riviere, *Toulouse, France*
Francesco Dentali, *Varese, Italy*
Antonio Gasbarrini, *Roma, Italy*
David Jiménez Castro, *Madrid, Spain*
Egidio Imbalzano, *Messina, Italy*
Vittorio Maio, *Philadelphia, USA*
Giuseppe Mancia, *Milano, Italy*
Dario Manfellotto, *Roma, Italy*
Lucia Mazzolai, *Lausanne, Switzerland*

EDITORIAL BOARD

Mario Angelico, *Roma, Italy*
Giuseppe Camporese, *Padova, Italy*
Edoardo Carretto, *Reggio Emilia, Italy*
Pierpaolo Di Micco, *Napoli, Italy*
Luigi Gennari, *Siena, Italy*
Paola Gnerre, *Acqui Terme (AL), Italy*
Luca Miele, *Roma, Italy*
Andrea Montagnani, *Grosseto, Italy*
Alberto Palazzuoli, *Siena, Italy*
Antonello Pani, *Cagliari, Italy*
Ombretta Para, *Firenze, Italy*
Paola Piccolo, *Roma, Italy*
Fulvio Pomerio, *Verduno (CN), Italy*
Giuseppe Regolisti, *Parma, Italy*
Giovanni Maria Rossi, *Parma, Italy*
Massimo Siciliano, *Roma, Italy*
Antonio Spanevello, *Tradate (VA), Italy*
Bruno Sposato, *Grosseto, Italy*
Flavio Tangianu, *Varese, Italy*

ADVISORY BOARD

Dimitriy Arioli, *Modena, Italy*
Valentina Bambara, *Catanzaro, Italy*
Vanessa Bianconi, *Perugia, Italy*
Pietro Bocchi, *Fidenza (PR), Italy*
Aldo Bonaventura, *Varese, Italy*
Roberta Buso, *Treviso, Italy*
Maurizio Cavalieri, *Chiavari (GE), Italy*
Paolo Fraticelli, *Ancona, Italy*
Fernando Gallucci, *Napoli, Italy*
Angelo Cosimo Gioia, *Giulianova (TE), Italy*
Riccardo Mancini, *Gorizia, Italy*
Alberto Maino, *Trento, Italy*
Simone Meini, *Pontedera (PI), Italy*
Roberto Nersita, *IS, Italy*
Matteo Nicoletto, *Verduno (CN), Italy*
Nicola Parenti, *Bologna, Italy*
Eleonora Pistella, *Roma, Italy*
Maurizio Renda, *Cefalù (PA), Italy*
Paola Giustina Maria Simeone, *Chieti, Italy*
Carmine Siniscalchi, *Parma, Italy*

Società Scientifica FADOI - Organigramma

PRESIDENTE NAZIONALE

Francesco Dentali

PRESIDENTE ELETTO

Andrea Montagnani

PAST PRESIDENT

Dario Manfellotto

SEGRETARIO

Flavio Tangianu

STAFF DI SEGRETERIA

Maria Gabriella Coppola

Nicola Mumoli

Ombretta Para

TESORIERE

Roberto Risicato

COORDINATORE COMMISSIONE GIOVANI

Davide Carrara

RESPONSABILI RAPPORTI CON LE REGIONI

Franco Mastroianni

Salvatore Lenti (*Vice*)

RESPONSABILE RAPPORTI FADOI/ANÍMO

Tiziana Marcella Attardo

EDITOR-IN-CHIEF

“ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE” e
“ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE - QUADERNI DI
MEDICINA INTERNA”

Michele Meschi

COMITATO EDITORIALE

“ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE” e
“ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE - QUADERNI DI
MEDICINA INTERNA”

Giorgio Vescovo

Roberto Nardi

RESPONSABILI EDIZIONI ON LINE E INIZIATIVE SPECIALI

Michele Meschi

Pierpaolo Di Micco

Andrea Fontanella (*MEDICINA33*)

Giuliano Pinna (*AGGIORN@FADOI*)

RESPONSABILI SITO WEB E COMUNICAZIONE SOCIAL

Matteo Giorgi Pierfranceschi

Claudia Tieri

Giuseppe Oteri

RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ

Franco Berti

DATA PROTECTION OFFICER (DPO)

Domenico Panuccio

CONSULTA DEI PRESIDENTI

Sandro Fontana

Salvatore Di Rosa

Ido Iori

Antonino Mazzone

Carlo Nozzoli

Mauro Campanini

Andrea Fontanella

Dario Manfellotto

PRESIDENTE FONDAZIONE

Dario Manfellotto

COORDINATORE

Filippo Pieralli

SEGRETARIO

David Terracina

**COORDINATORE SCIENTIFICO CENTRO STUDI
FONDAZIONE FADOI**

Stefano Alvergnà

**DIREZIONE DIPARTIMENTO FORMAZIONE E
AGGIORNAMENTO**

Paola Gnerre

Maurizio Ongari (*Segretario e Responsabile Scientifico del provider
ECM*)

DIREZIONE DIPARTIMENTO RICERCA CLINICA

Fulvio Pomero

Paola Piccolo (*Segretaria*)

DELEGATI EFIM

(European Federation of Internal Medicine)

Antonio Brucato

Lorenza Lenzi

Gabriele Vassallo (*Giovani*)

Filomena Pietrantonio (*Tesoriere*)

PRESIDENTE ANÍMO

Letizia Tesei

QUADERNI - Italian Journal of Medicine

LE IMPLICAZIONI MEDICO-LEGALI DELLA PRATICA CLINICA DELL'INTERNISTA

Guest Editor: Elisabetta Romboli

RASSEGNE

Suicidio medicalmente assistito ed eutanasia in Italia: tra giurisprudenza, iniziativa popolare e responsabilità clinica	1
G. Antonucci	
Legge n. 219/2017: consenso informato, disposizioni anticipate di trattamento e pianificazione condivisa delle cure	3
P. Moscatelli, M. Caiti	
Violenza contro gli operatori sanitari: da emergenza silenziosa a priorità collettiva	7
M. Di Nitto, L. Del Bene, M. Zanini, G. Catania, L. Sasso, A. Bagnasco	
Il ruolo della medicina interna nel percorso clinico-assistenziale delle persone detenute	12
V.O. Palmieri	
Telemedicina e intelligenza artificiale: profili e criticità giuridiche del loro impiego nella sanità	17
C. Rabbito	

Suicidio medicalmente assistito ed eutanasia in Italia: tra giurisprudenza, iniziativa popolare e responsabilità clinica

Giancarlo Antonucci

SC Medicina Interna, Ospedale Galliera, Genova, Italia

Introduzione

Il tema del suicidio medicalmente assistito e dell'eutanasia rappresenta oggi uno dei nodi etici e giuridici più complessi della medicina contemporanea. L'Italia, a partire dalla sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale ha aperto un percorso di progressivo riconoscimento del diritto all'autodeterminazione nel fine vita, pur in assenza di una disciplina legislativa organica. Attraverso la presentazione di un caso clinico emblematico, questo articolo analizza l'evoluzione giurisprudenziale, le iniziative legislative nazionali e regionali e le implicazioni cliniche e organizzative per i professionisti sanitari.

Una possibile situazione clinica

Il paziente, 78 anni, ex meccanico e vedovo, è ricoverato in Medicina Interna per una broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) in fase avanzata complicata da carcinoma polmonare non operabile ma ancora in trattamento oncologico chemioterapico nonostante la progressione di malattia. Negli ultimi mesi ha avuto ricoveri ripetuti per riacutizzazioni e presenta una dispnea grave, anche a riposo, con necessità continua di ossigenoterapia e marcata compromissione della qualità di vita. Dopo un percorso di confronto con l'équipe curante, ha espresso la volontà di accedere al suicidio medicalmente assistito, motivando tale decisione con la percezione di essere diventato un peso per i

Corrispondente: Giancarlo Antonucci, SC Medicina Interna, Ospedale Galliera, Genova, Italia.
E-mail: giancarlo.antonucci@galliera.it

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2025
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2025; 13(5):e1

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

familiari e con il desiderio di evitare ulteriori sofferenze in una vita che ritiene ormai priva di significato.

Definizioni e prospettive cliniche

Nei diversi quadri normativi e clinici,¹ il suicidio medicalmente assistito consiste nell'assunzione volontaria, da parte del paziente, di un farmaco letale prescritto da un medico. Diverso è il concetto di eutanasia attiva, che prevede la somministrazione diretta del farmaco da parte del medico stesso. La sedazione palliativa profonda e continua, regolata dalla legge 219/2017,² ha invece finalità esclusivamente antalgiche e di sollievo dalla sofferenza nelle fasi terminali, senza intenzione di anticipare la morte.

La distinzione tra queste pratiche non è meramente teorica: alcuni medici ritengono il suicidio assistito più compatibile con la propria coscienza professionale, non essendo essi direttamente esecutori dell'atto finale. Dal lato del paziente, invece, la possibilità di definire la propria "buona morte" può scontrarsi con limiti fisici: soggetti completamente immobili non sono in grado di autosomministrarsi il farmaco e richiedono l'intervento attivo di un operatore.

La giurisprudenza costituzionale

Con la sentenza n. 242/2019,³ la Corte Costituzionale ha individuato quattro requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito: i) patologia irreversibile; ii) sofferenza intollerabile; iii) capacità di scelta libera e consapevole; iv) dipendenza da trattamenti di sostegno vitale.

La successiva sentenza n. 66/2025 ha precisato che il concetto di sostegno vitale include non solo i trattamenti già in corso (ventilazione, dialisi, nutrizione artificiale), ma anche quelli ritenuti clinicamente indispensabili in un futuro immediato. L'ossigenoterapia può rientrare tra tali sostegni, purché ne venga documentata la dipendenza vitale individuale.⁴

La Corte, pur ampliando l'interpretazione, ha ribadito i propri limiti: senza una legge chiara e uniforme, rimane difficile garantire equità, accessibilità e tutela giuridica per pazienti e operatori sanitari.

La politica nazionale e le sue contraddizioni

Nel luglio 2025, il Senato discute un disegno di legge del Governo volto a recepire i principi della sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale.⁵ Il testo propone la re-

visione dell'articolo 580 c.p., l'istituzione di un Comitato Nazionale di Valutazione, il potenziamento delle cure palliative e un sistema di monitoraggio coordinato da Agenas. Tuttavia, prevede vincoli stringenti: l'accesso ai farmaci e al personale del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza al suicidio sarà subordinato al parere del Comitato, con il rischio di rendere la procedura difficilmente fruibile nei tempi adeguati e di favorire il ricorso a soluzioni private.

In parallelo, l'iniziativa promossa dall'Associazione Luca Coscioni ("Eutanasia Legale") propone un modello molto più esteso:⁶ accesso sia tramite autosomministrazione sia tramite somministrazione medica, tempistiche certe (completamento delle verifiche entro 30 giorni), gratuità, presa in carico da parte del Servizio Sanitario Nazionale e possibilità di inserimento nelle disposizioni anticipate di trattamento. Attualmente la raccolta firme è in corso; la soglia richiesta è di 50.000 sottoscrizioni per la presentazione della legge.

Le Regioni come laboratorio normativo: il caso Toscana

In assenza di una disciplina nazionale organica, alcune Regioni hanno scelto di attivare percorsi regolatori locali. La Regione Toscana, con la Legge regionale 14 marzo 2025, n. 16,⁷ ha fissato una normativa che disciplina le "Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024". Il testo prevede la costituzione, presso ciascuna Azienda Sanitaria, di una commissione multidisciplinare permanente per la verifica dei requisiti, il coinvolgimento del comitato per l'etica nella clinica, prestazioni gratuite da parte del servizio sanitario regionale e tempi stabiliti per la richiesta e l'attuazione dell'accesso al suicidio medicalmente assistito.

Il primo caso riconosciuto che ha operato ai sensi di tale legge è stato segnalato in Toscana a giugno 2025. Tuttavia, la legge è stata impugnata dal Governo per presunta violazione della competenza statale in materia di diritti civili e determinazione dei livelli essenziali di prestazione.

Resta comunque evidente il rischio concreto di disparità territoriali: finché non vi sarà una legge nazionale uniforme, l'accesso a questi percorsi potrà variare significativamente da Regione a Regione.

Questioni ancora aperte

Tre nodi critici emergono con forza:

1. definizione di trattamento di sostegno vitale, da cui dipende la legittimazione all'accesso alla procedura (ad esempio nutrizione artificiale in un paziente tetraplegico o ossigenoterapia continua in soggetti con BPCO grave), ancora oggetto di interpretazioni non uniformi.
2. ruolo del Servizio Sanitario Nazionale, chiamato a garantire equità, gratuità e omogeneità dei percorsi, assicurando la tutela pubblica della procedura ed evitando derive privatistiche (all'estero soprattutto) derivanti da vuoti regolatori.

3. tempistiche di accesso, che devono essere compatibili con la prognosi clinica: ritardi o attese eccessive possono di fatto negare l'effettivo esercizio di un diritto riconosciuto.

Conclusioni

La situazione clinica ipotizzata, in presenza di una morte non imminente, evidenzia la distanza tra principi giurisprudenziali, iniziative regionali e vuoto legislativo nazionale. Oggi, alla luce della sentenza 66/2025 e dell'esperienza toscana, la sua richiesta potrebbe teoricamente essere accolta. Tuttavia, l'assenza di una disciplina uniforme determina incertezze applicative e disparità di trattamento.

L'Italia si trova ora di fronte a una scelta storica: definire una cornice normativa che tuteli la dignità della persona, concili il ruolo delle cure palliative con la libertà individuale e assicuri accessibilità ed equità, evitando che il diritto a una "buona morte" resti affidato a iniziative locali o alla sola giurisprudenza.

Bibliografia

1. Radbruch L, Leget C, Bahr P, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2016;30: 104-16.
2. Repubblica Italiana. Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento. *GU Serie Generale n. 12, del 16-01-2018*. Disponibile online: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg>.
3. Corte Costituzionale. Sentenza n. 242/2019. Sulla legittimità costituzionale del suicidio medicalmente assistito. 2019. Disponibile online: <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242>
4. Corte Costituzionale. Sentenza n. 66/2025. Chiarimenti sul concetto di sostegno vitale e requisiti per il suicidio assistito. 2025. Disponibile online: <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2025&numero=66>
5. Senato della Repubblica. Atto Senato n. 104, XIX Legislatura. Disegno di legge in materia di suicidio medicalmente assistito. 2025. Disponibile online: https://www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/testi/55281_testi.htm
6. Associazione Luca Coscioni. Le discussioni sulla morte volontaria medicalmente assistita regione per regione. 2025. Disponibile online: <https://www.associazionelucacoscioni.it/notizie/blog/le-discussioni-sulla-morte-volontaria-medicalmente-assistita-regione-per-regione>
7. Regione Toscana. Legge regionale 14 marzo 2025, n. 16. Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024. *Bollettino Ufficiale n. 18, parte prima, del 17-03-2025*.

Legge n. 219/2017: consenso informato, disposizioni anticipate di trattamento e pianificazione condivisa delle cure

Paolo Moscatelli, Matteo Caiati

UOC Medicina Interna, Ospedale Policlinico San Martino, Genova, Italia

Introduzione

Il diritto al consenso informato, base del rapporto medico-paziente, si fonda sul principio di autodeterminazione in materia sanitaria, che, pur non essendo esplicitamente enunciato nella Costituzione, deriva dalla lettura congiunta degli articoli 2 (diritti inviolabili dell'uomo), 13 (libertà personale) e 32 (diritto alla salute).¹

Questo principio, consolidato dalla Legge 219/2017,² pone il paziente come protagonista attivo delle proprie scelte di cura. Tale legge stabilisce le norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (DAT). La normativa rappresenta un punto di sintesi nell'ambito della tutela della dignità, dell'autodeterminazione e della salute della persona, in conformità, come detto, con il dettato costituzionale, con i principi sanciti dalla Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea e ispirandosi alla Convenzione di Oviedo che, pur non formalmente ratificata, ha influenzato l'ordinamento giuridico italiano allineandolo agli standard internazionali.^{3,4}

Il principale obiettivo della legge è garantire che ogni trattamento sanitario sia eseguito solo previa espressione del consenso libero, informato e consapevole del paziente. Tale consenso è inteso come un processo relazionale basato sulla fiducia reciproca tra medico e paziente. L'articolo 1, comma 8, sottolinea infatti che "il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura", evidenziandone l'importanza come parte integrante del percorso terapeutico.

Corrispondente: Paolo Moscatelli, UOC Medicina Interna, Ospedale Policlinico San Martino, Genova, Italia
E-mail: paolo.moscatelli@hsanmartino.it

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2025
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2025; 13(5):e2

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

Consenso informato e rifiuto dei trattamenti

L'articolo 1, comma 1, sancisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito senza il consenso del paziente, salvo quanto espressamente previsto dalla legge. Il paziente ha diritto a ricevere informazioni complete in merito a diagnosi, prognosi, rischi e benefici dei trattamenti proposti, nonché alle alternative possibili e alle conseguenze di un eventuale rifiuto. Tale diritto all'informazione è imprescindibile per garantire un consenso realmente libero e consapevole.

La legge riconosce inoltre al paziente la possibilità di rifiutare qualsiasi trattamento "...inclusi nutrizione e idratazione artificiale", considerati a tutti gli effetti trattamenti sanitari. Il consenso può essere revocato in qualsiasi momento, anche se il trattamento è già in corso, e ogni decisione deve essere registrata nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico, conferendo validità legale alle scelte espresse dal paziente.

Terapia del dolore e dignità nella fase finale della vita

L'articolo 2 si concentra sulla protezione della dignità del paziente nella fase terminale, sulla terapia del dolore e sul divieto di ostinazione irragionevole nelle cure. La legge rafforza quanto già previsto dalla Legge 38/2010 in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Il legislatore riconosce il diritto del paziente a non soffrire inutilmente, assicurando l'accesso a cure adeguate ad alleviare la sofferenza, anche in caso di rifiuto o revoca del consenso a trattamenti specifici. Le cure palliative, come definite dalla Legge 38/2010,⁵ costituiscono parte integrante di questo percorso.

Il comma 2 dell'articolo 2 stabilisce che, nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o con imminenza di morte, il medico deve astenersi da trattamenti sproporzionati o inutili, nel rispetto del principio di proporzionalità delle cure, garantendo la dignità della persona senza ricorrere a terapie prive di beneficio clinico.

Nei casi di sintomi refrattari a trattamenti standard, il comma 3 prevede la possibilità di sedazione palliativa profonda continua, in associazione con la terapia del dolore, previo consenso esplicito e documentato del paziente o, se non possibile, del fiduciario. Ogni scelta terapeutica o rifiuto deve essere documentato accuratamente nella cartella clinica.

Il medico che rispetta la volontà del paziente, secondo quanto previsto dalla legge e dalle linee guida clinico-assistenziali è esente da responsabilità civile o penale. Tuttavia, la legge vieta al paziente di richiedere trattamenti contrari a norme giuridiche o principi deontologici.

Minori e persone incapaci

L'articolo 3 tutela il diritto alla partecipazione alle decisioni sanitarie di minori e persone incapaci, valorizzando le loro capacità di comprensione e di espressione di volontà.

Per i minori, il consenso informato è espresso dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore, tenendo conto della volontà del minore in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, con l'obiettivo di proteggere la salute, la vita e la dignità.

Per le persone interdette, il consenso è espresso dal tutore, ove possibile, dopo aver ascoltato l'interdetto. Le persone inabilitate esprimono il consenso personalmente, salvo i casi in cui il giudice abbia disposto diversamente. Per i soggetti sottoposti ad amministrazione di sostegno, il consenso deve essere espresso in coerenza con quanto previsto dal decreto di nomina, che definisce i poteri del fiduciario in ambito sanitario. La legge chiarisce che la capacità di esprimere consenso non dipende esclusivamente dall'età, ma anche dalla maturità e dalle condizioni cliniche individuali.

Disposizioni anticipate di trattamento

L'articolo 4 disciplina le DAT, strumenti mediante i quali ogni maggiorenne capace di intendere e volere può esprimere in anticipo le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, accertamenti diagnostici o singoli interventi terapeutici, in previsione di una futura incapacità decisionale.

Le DAT devono essere redatte tramite atto pubblico o scrittura privata con firma autenticata, oppure consegnate personalmente presso l'ufficio di stato civile del Comune di residenza o a un notaio. Sono ammessi strumenti alternativi, come videoregistrazioni, purché garantiscano l'identificazione del disponente. La revoca delle DAT è possibile in qualsiasi momento, anche oralmente in situazioni di emergenza clinica, con successiva annotazione nella cartella clinica.

La legge prevede la possibilità di nominare un fiduciario, maggiorenne e capace, che rappresenti il disponente nelle relazioni con medici e strutture sanitarie, interpretando e facendo valere le volontà del paziente in caso di sua incapacità (nomina ora per allora). In assenza o impossibilità del fiduciario, le decisioni sono assunte dal medico tenendo conto delle volontà del paziente, anche se non formalmente espresse. Le DAT depositate sono inserite in una banca dati nazionale operativa dal 2020, gestita dal Ministero della Salute, che garantisce la consultazione da parte dei medici autorizzati.

Pianificazione condivisa delle cure

L'articolo 5 introduce la pianificazione condivisa delle cure (PCC), uno strumento complementare alle DAT, percorso dinamico e collaborativo tra paziente ed équipe sanitaria, attivabile in caso di patologie croniche, invalidanti o caratteriz-

zate da prognosi infausta al fine di definire e condividere il percorso di cura.

La PCC consente di definire i trattamenti desiderati e rifiutati, gli obiettivi terapeutici, i limiti delle cure e le modalità di assistenza future, incluse le cure palliative. La pianificazione può essere documentata per iscritto o tramite videoregistrazione, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente lo impediscano.

La PCC si differenzia dalle DAT per la sua natura dialogica e flessibile: non è una dichiarazione unilaterale ma un processo di confronto continuo tra paziente e curanti. Una volta sottoscritta, la PCC integra la cartella clinica e vincola l'équipe sanitaria, nel rispetto della volontà del paziente e nel quadro delle buone pratiche clinico-assistenziali, anche quando questi non è più in grado di esprimersi autonomamente.

Conclusioni

La Legge n. 219/2017 rappresenta un momento di sintesi nella tutela dei diritti del paziente, promuove l'autodeterminazione, la dignità e la qualità della vita nelle fasi più delicate del percorso sanitario. Consenso informato, DAT e PCC costituiscono strumenti complementari che garantiscono la continuità della volontà del paziente, la sicurezza giuridica per il medico e l'integrazione con le cure palliative. La normativa sottolinea il ruolo attivo del paziente nel percorso terapeutico, rafforzando la centralità della relazione medico-paziente e la necessità di una comunicazione chiara, documentata e rispettosa della persona.

Difficoltà nell'implementazione della Legge 219/2017

Una delle principali criticità è la persistenza di un approccio spesso formalistico all'acquisizione del consenso, talora con la semplice sottoscrizione di moduli prestampati, con DAT redatte in modo generico e con possibili incertezze interpretative, nonché il possibile contrasto con principi deontologici o con convinzioni individuali.

Ulteriori criticità riguardano la scarsa formazione degli operatori sanitari sulla comunicazione del consenso e la necessità di percorsi istituzionali di informazione per i cittadini.

Si registra, inoltre, una bassa adozione delle DAT, attribuibile a fattori socio-culturali, a una carenza di informazione e sensibilizzazione o a una scarsa accessibilità da parte di molti pazienti.

Bilanciamento tra autonomia del paziente e autonomia professionale del medico

Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario e, di conseguenza, è esente da responsabilità civile o penale (articolo 1, comma 6). L'unica eccezione rimane il rifiuto di prestazioni "contrarie alla norma di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali" (articolo 1, comma 6).

È prevista la possibilità di disattendere le DAT in due casi specifici e in accordo con il fiduciario (se nominato) o, in subordine, con il giudice tutelare (articolo 4, comma 5): i) le DAT appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti

alla condizione clinica attuale del paziente; ii) sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento.

Rapporto tra il Codice di Deontologia Medica e Legge 219/2017: autonomia vs. obbligo

Il quadro normativo (Legge 219/2017)

La Legge 219/2017 sancisce il primato dell'autodeterminazione del paziente (articolo 1, comma 1) con l'obbligo per il sanitario di rispettare il rifiuto o la revoca di qualsiasi trattamento sanitario (inclusi nutrizione e idratazione artificiale), sia espresso direttamente sia tramite DAT.

- Obiezione di coscienza legale: non è prevista una clausola di obiezione di coscienza esplicita (come nella Legge 194/78) per il medico chiamato ad attuare il rifiuto delle terapie da parte del paziente.⁶ L'esecuzione della volontà del paziente, anche se porta all'interruzione di un trattamento, non è considerata un "danno" per il paziente, ma l'esercizio di un suo diritto costituzionale.
- Limite professionale: l'articolo 1, comma 6, della Legge peraltro prevede che il medico non possa essere obbligato a eseguire trattamenti contrari alla legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali.

La tutela deontologica (Codice di Deontologia Medica, articolo 22)

Il Codice di Deontologia Medica (CDM) (ultima versione 2023, che riprende il principio del 2014) tutela la libertà del sanitario attraverso l'istituto dell'Autonomia Professionale e Clausola di Coscienza (articolo 22) (Tabella 1).^{7,8}

Il conflitto potenziale deriva da possibili diversità interpretative. L'interpretazione prevalente e la giurisprudenza ritengono che: la Legge 219/2017, come norma specifica, prevalga sul Codice Deontologico. Di conseguenza, nell'ambito dell'applicazione delle DAT, l'obiezione di coscienza personale non può prevalere sul diritto di autodeterminazione del paziente.

Occorre dar conto, peraltro, di una tesi estensiva: alcuni sostengono che l'obiezione di coscienza possa essere riconosciuta anche senza esplicita previsione normativa poiché è un diritto costituzionalmente riconosciuto (articolo 19 della Costituzione sulla libertà di coscienza) previsto dall'articolo 22 del Codice Deontologico e citato nella Legge 219.⁹ Il singolo medico potrebbe rifiutarsi di eseguire l'atto materiale della sospensione (o demodalizzazione) invocando la coscienza, specie in situazioni dubbie, imprecise o soggette a dubbi interpretativi. Tuttavia, questa posizione è molto dibattuta.

Sussiste in ogni caso il dovere di continuità assistenziale: in caso di obiezione (in attesa di eventuali chiarimenti legali specifici verosimilmente non brevi), il medico deve garantire la tempestiva sostituzione (articolo 23 CDM) e il passaggio di consegne a un collega non obiettore, assicurando che la volontà del paziente sia comunque attuata e che la persona sia assistita fino al decesso con le cure palliative.¹⁰

L'obiezione di coscienza del medico, ai sensi del CDM, può esistere come autonomia professionale, ma non è opponibile al diritto del paziente all'autodeterminazione. Il dovere di garantire l'effettività della prestazione ricade sul servizio sanitario o sulla struttura.

Esistono limiti reciproci: i) il paziente non può esigere trattamenti inappropriati o contrari alla legge; ii) il medico non può imporre trattamenti non voluti (salvo TSO). Questo equilibrio rappresenta un passaggio da un modello paternalistico a uno relazionale, dove entrambi i soggetti mantengono la propria sfera di autonomia ma devono esercitarla nel dialogo e nel rispetto reciproco.

Sfide

Il futuro del consenso informato in Italia richiederà un continuo adeguamento del quadro normativo e interpretativo alle nuove sfide.

Appare indispensabile:

- i) promuovere una cultura del consenso superando il formalismo burocratico attraverso una formazione più approfondita per i professionisti sanitari sulle competenze comunicative e relazionali, e campagne di sensibilizzazione pubblica che favoriscano una maggiore consapevolezza sui diritti e sugli strumenti di autodeterminazione;
- ii) chiarire e standardizzare le DAT tramite l'elaborazione di linee guida più dettagliate e, possibilmente, un modello facoltativo standardizzato per la redazione delle DAT, che aiuti i cittadini a esprimere la propria volontà in modo più specifico e clinicamente rilevante, riducendo le ambiguità interpretative;
- iii) adeguare la normativa alle nuove tecnologie: l'emergere di nuove tecnologie, come l'intelligenza artificiale in sanità, richiederà un'attenta valutazione delle implicazioni per il consenso informato e la protezione dei dati, garantendo che l'innovazione non comprometta i diritti fondamentali del paziente;
- iv) rafforzare la Banca Dati Nazionale DAT migliorandone l'accessibilità e l'efficienza, garantendo un tempestivo aggiornamento e accesso per i medici, anche in situazioni di urgenza.

Tabella 1. Il Codice di Deontologia Medica tutela la libertà del sanitario attraverso l'istituto dell'Autonomia Professionale e la Clausola di Coscienza.

Norma	Concetto	Limite all'autonomia
Articolo 22 CDM7	Il medico può rifiutare prestazioni in contrasto con la sua coscienza o con il suo convincimento tecnico-scientifico.	Il rifiuto non deve causare grave e immediato nocumento alla salute del paziente e non deve mai comportare l'abbandono della persona.
Articoli 16/17 CDM8	Riafferma il dovere di non effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte (divieto di eutanasia/suicidio assistito)	L'obiezione non può essere invocata per rifiutare l'attivazione delle cure palliative e della sedazione palliativa profonda continua (articolo 39).

CDM, Codice di Deontologia Medica.

Messaggi chiave

- Il consenso informato rappresenta un principio cardine della medicina moderna e della bioetica, un ponte tra l'autonomia individuale e la responsabilità professionale.
- In Italia, la Legge 219/2017 ha consolidato questo principio, elevando il diritto all'autodeterminazione del paziente a fondamento della relazione di cura e superando la tradizionale visione paternalistica.
- Le basi costituzionali (articoli 2, 13, 32 della Costituzione) forniscono un robusto impianto per la tutela della libertà di scelta in ambito sanitario, interpretato dinamicamente dalla Corte Costituzionale per adattarsi alle sfide contemporanee.
- La Convenzione di Oviedo, pur non formalmente ratificata, ha esercitato un'influenza sostanziale, influenzando l'ordinamento giuridico italiano e allineandolo agli standard internazionali.

Bibliografia

1. Repubblica Italiana. Costituzione della Repubblica Italiana, articoli 2, 13, 32.
2. Repubblica Italiana. Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento. GU Serie Generale n. 12 del 16-01-2018.
3. Unione Europea. Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea. 2012/C 326/02. Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, C 326, del 26-10-2012.
4. Consiglio d'Europa. Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina ("Convenzione di Oviedo"). Oviedo, 4 aprile 1997.
5. Repubblica Italiana. Legge 15 marzo 2010, n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. GU Serie Generale n. 65 del 19-03-2010.
6. Repubblica Italiana. Legge 22 maggio 1978, n. 194. Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza. GU Serie Generale n. 140 del 22-05-1978.
7. FNOMCeO. Codice di Deontologia Medica. Edizione 2023. Articolo 22 – autonomia professionale e clausola di coscienza. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.
8. FNOMCeO. Codice di Deontologia Medica. Edizione 2023. Articoli 16-17. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.
9. Repubblica Italiana. Costituzione della Repubblica Italiana. Articolo 19 – libertà di coscienza e di religione. GU n. 298 del 27-12-1947.
10. FNOMCeO. Codice di Deontologia Medica. Edizione 2023. Articolo 23. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Violenza contro gli operatori sanitari: da emergenza silenziosa a priorità collettiva

Marco Di Nitto, Lara Delbene, Milko Zanini, Gianluca Catania, Loredana Sasso, Annamaria Bagnasco

Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Italia

Introduzione

La violenza sugli operatori sanitari è ormai riconosciuta come una delle principali minacce alla salute e alla sicurezza nei luoghi di cura. Gli episodi di aggressione, fisica o verbale, non possono più essere interpretati come eventi isolati, ma come un fenomeno sistemico che riflette criticità organizzative, sociali e culturali. Le violenze possono essere definite come minacce verbali o intimidazioni, aggressioni fisiche o comportamenti inappropriati di natura emotiva o sessuale che hanno, o potrebbero avere, un impatto negativo sulla sicurezza e sul benessere fisico, mentale o emotivo dell'operatore sanitario.¹ L'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro hanno più volte sottolineato la necessità di strategie di prevenzione mirate, in grado di tutelare sia i professionisti sia la qualità dell'assistenza erogata.²

Negli ultimi anni, studi internazionali hanno sempre più posto l'attenzione su questo fenomeno nei contesti sanitari, sottolineando come questo sia riconosciuto come un problema che può portare conseguenze importanti sulla salute del lavoratore nonché sull'organizzazione aziendale. Alcuni settori dell'ambito sanitario risultano maggiormente investiti da questa problematica rispetto ad altri: reparti di emergenza, psichiatria e medicina generale sono infatti frequentemente indicati come luoghi in cui la prevalenza degli episodi di vio-

lenza è maggiore. Le aggressioni non si limitano agli atti fisici, ma comprendono anche minacce, insulti e comportamenti intimidatori che generano un clima di paura e di stress cronico per tutti gli operatori sanitari. Le conseguenze si riflettono non solo sul benessere psicologico degli operatori, ma anche sull'efficienza dei servizi, sull'assenteismo e sul rischio di turnover precoce.

In Italia, il fenomeno è oggetto di crescente attenzione istituzionale: la legge n. 113 del 2020 ha introdotto misure di protezione specifiche per il personale sanitario e socio-sanitario, riconoscendo formalmente la gravità del problema. Inoltre, con questa normativa viene istituito l'osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, che ha l'obiettivo di monitorare tali episodi, promuovere attività di ricerca per formulare proposte volte a ridurre i fattori di rischio collegati a tali eventi e promuovere la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza. Tuttavia, la persistenza di episodi di violenza testimonia la necessità di un approccio integrato che includa formazione, organizzazione del lavoro, comunicazione con l'utenza e sostegno psicologico. Solo un'azione coordinata tra istituzioni, professionisti e cittadini può trasformare quella che oggi appare come un'emergenza silenziosa in una vera priorità collettiva.

In questo articolo vengono analizzati il concetto di violenza contro gli operatori sanitari, le principali tipologie di episodi, i fattori di rischio e le conseguenze sul piano individuale e organizzativo. Vengono inoltre discusse le strategie di prevenzione e gestione del fenomeno, con l'obiettivo di offrire al lettore una visione d'insieme aggiornata e orientata alla promozione di ambienti di lavoro più sicuri e sostenibili.

Dati relativi agli episodi di violenza sugli operatori sanitari

Gli episodi di violenza possono presentarsi in diverse forme. La forma più diffusa è la violenza verbale (58%), seguita da minacce (33%) e da molestie sessuali (12%).³ I dati europei evidenziano che il 12,5% dei lavoratori ha riportato episodi di comportamenti sociali negativi, con una prevalenza significativamente più alta tra gli operatori sanitari, che hanno fino a tre volte più probabilità di subire molestie, bullismo o attenzioni sessuali indesiderate.⁴ A livello globale, fino al 62% degli operatori sanitari riferisce di aver subito almeno un episodio di violenza sul luogo di lavoro.³ Tuttavia, alcuni studi mostrano come il dato sulla prevalenza degli episodi di violenza non fisica contro gli operatori sa-

Corrispondente: Marco Di Nitto, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova; Via Antonio Pastore 1, 16132, Genova, Italia.
Tel.: +39 0103538503.
E-mail: marco.dinitto@unige.it

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2025

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2025; 13(5):e3

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

nitari possa raggiungere anche il 90%, mentre la violenza fisica può arrivare al 65%.¹ In Italia, diversi studi hanno valutato la prevalenza degli eventi di violenza sugli operatori sanitari. Uno studio condotto su più di 3500 operatori sanitari tra il 2018 e il 2020 ha riportato che il 10% fosse stato vittima di aggressione fisica nei 12 mesi precedenti, di cui il 6,3% con un'arma.⁵ Tra questi, il rischio di subire violenza aumentava di oltre due volte nel caso del personale infermieristico. Inoltre, quasi la metà (47%) ha dichiarato di aver subito un'aggressione verbale sul posto di lavoro nei 12 mesi precedenti. Lo studio AIDOMUS, condotto nel 2024 su un campione di 3949 infermieri operanti in assistenza domiciliare diretta, ha riportato che il 20,5% degli intervistati ha dichiarato di aver subito episodi di violenza nei 12 mesi precedenti. La forma più frequente è risultata la violenza verbale, segnalata dal 17,6% degli intervistati.⁶

Secondo l'osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie,⁷ nel solo 2024 sono stati documentati dagli ordini professionali 7230 professionisti aggrediti e oltre 18700 aggressioni subite. La violenza nei confronti degli operatori sanitari rappresenta non solo un problema etico e sociale, ma anche una fonte crescente di costi economici e organizzativi per i sistemi sanitari. Secondo la revisione della letteratura condotta dallo stesso osservatorio,⁷ le conseguenze si manifestano su più livelli: dalla gestione dei danni fisici e psicologici subiti dalle vittime, alla perdita di giornate lavorative, fino alle spese legali e ai costi connessi all'assistenza psicologica. Le stime disponibili in Gran Bretagna indicano che l'onere economico di questi eventi può raggiungere cifre considerevoli, con decine di milioni di sterline spese ogni anno per far fronte a ricoveri, trattamenti per lesioni, supporto psicologico e interventi di emergenza. Tali dati, seppur riferiti a contesti specifici, delineano un quadro in evoluzione e con un potenziale impatto sistemico. L'impatto degli eventi di violenza produce effetti che vanno ben oltre il danno immediato, compromettendo la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti. Gli operatori che subiscono aggressioni riportano livelli più elevati di stress, burnout e insoddisfazione professionale, condizioni che si traducono in una maggiore probabilità di errori clinici, ritardi nelle procedure diagnostiche e peggioramento delle relazioni con i pazienti. La perdita di motivazione e il senso di insicurezza generano, inoltre, una riduzione della produttività complessiva e un aumento dell'assenteismo, elementi che incidono direttamente sull'efficienza organizzativa. In molti Paesi, l'impatto della violenza è visibile anche sul piano occupazionale: tassi elevati di turnover, dimissioni precoci e abbandono della professione si traducono in costi significativi per la sostituzione e la formazione del personale. In alcuni contesti, questi costi raggiungono valori di miliardi di dollari ogni anno. Parallelamente, le istituzioni sanitarie sono costrette a investire somme ingenti in misure di sicurezza e prevenzione, destinate a proteggere il personale e a ridurre l'incidenza degli episodi di aggressione.

Nel loro insieme, questi dati, riportati in letteratura precedente e dall'osservatorio, suggeriscono che la violenza nei confronti degli operatori sanitari non è solo un problema di sicurezza individuale, ma una minaccia strutturale alla sostenibilità dei sistemi di cura. Le sue conseguenze si ripercuotono sull'efficienza delle organizzazioni, sulla qualità delle cure erogate e, in ultima analisi, sulla fiducia della collettività nei confronti del sistema sanitario.

Tipologie e caratteristiche degli episodi di violenza

La violenza sul lavoro in sanità si manifesta in diverse forme: insulti, minacce, aggressioni fisiche, molestie verbali e sessuali. Non esiste una definizione univoca di "violenza sul posto di lavoro", ma, in generale, può essere definita come l'atto o la minaccia di violenza subita o rivolta sul posto di lavoro, attraverso abusi verbali o aggressioni fisiche, rivolte a persone sul posto di lavoro o in servizio.⁸ Nell'articolo di Magnavita *et al.*⁹ vengono riportate diverse definizioni chiave di "violenze" che possono aiutare a definire questi eventi più nello specifico. La violenza fisica e quella psicologica sono le principali tipologie di violenza. La prima fa riferimento all'uso della forza fisica contro un'altra persona al fine di provocare danni fisici, sessuali o psicologici, mentre la seconda fa riferimento all'uso del proprio potere al fine di danneggiare lo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale o sociale. Un altro termine spesso utilizzato nella letteratura scientifica per definire un episodio di violenza è quello di abuso. Per abuso si intendono comportamenti che si discostano da una condotta "ragionevole" e includono azioni quali la molestia, il bullismo e il mobbing. Nello specifico, l'abuso (o violenza) verbale (in lingua anglosassone "*verbal abuse*") viene definito come qualsiasi commento rivolto a una persona che possa essere ragionevolmente percepito come umiliante, irrispettoso, intimidatorio o discriminatorio.¹⁰ Una delle tipologie di violenza connessa al mondo sanitario è quella della "*customer violence*", traducibile letteralmente come "violenza da parte dei clienti", ovvero perpetrata da pazienti o da propri familiari contro lo staff sanitario, o viceversa.

La professione infermieristica risulta particolarmente esposta al rischio di violenza, in parte probabilmente a causa della prevalente presenza di professionisti di sesso femminile all'interno della forza lavoro.¹¹ Tale caratteristica demografica, unita alla natura relazionale e di prossimità dell'assistenza infermieristica, contribuisce a una maggiore vulnerabilità rispetto ad altre professioni sanitarie. Nello stesso studio,¹¹ gli autori evidenziano come gli episodi di violenza fisica siano più frequentemente perpetrati dai pazienti, mentre le forme di violenza verbale tendono a coinvolgere sia i pazienti sia i caregiver, configurando un fenomeno complesso e multifattoriale che richiede interventi mirati di prevenzione e tutela del personale.

Conoscere le tipologie di violenza può essere di aiuto nel riconoscerle e organizzare procedure per prevenire questi episodi. È comunque importante sottolineare che episodi di violenza fisica e verbale possono avvenire contemporaneamente, rendendo il fenomeno più complesso.

Fattori di rischio individuali, organizzativi e sociali

Il riconoscimento dei fattori di rischio che possono innescare episodi di violenza è essenziale a livello organizzativo e di équipe per mettere in atto azioni di prevenzione di questi eventi. I fattori di rischio sono molteplici e interconnessi. A livello individuale incidono età, esperienza, stress e caratteristiche psicosociali degli utenti. Sul piano organizzativo possono incidere comunicazione inefficace, tempi d'attesa lunghi, carenze di personale, scarsa fiducia nel sistema sani-

tario e aspettative non realistiche da parte dei pazienti.¹²

Particolarmente a rischio risultano il pronto soccorso e i reparti di salute mentale, con probabilità di violenza rispettivamente doppia e quadrupla rispetto ad altri contesti.¹³

Nei reparti di pronto soccorso, è comunemente diffusa l'idea che i principali fattori di rischio degli episodi di violenza da parte dei pazienti siano correlati all'abuso di alcol e di sostanze stupefacenti. Tuttavia, recenti studi hanno evidenziato come tali episodi siano più frequentemente associati alla presenza di disturbi di natura psicologica o psichiatrica rispetto agli abusi di alcol e sostanze.^{14,15}

Infine, i fattori sociali includono la crescente conflittualità, la sfiducia nelle istituzioni e un generale deterioramento di fiducia dei cittadini nel sistema sanitario.

Conseguenze psicologiche, fisiche e professionali

Gli effetti della violenza sugli operatori sanitari possono essere sia immediati che a lungo termine: traumi fisici, disturbi psicologici, sindrome da burnout, ansia e depressione. Secondo i dati Eurofound (EUROFOUND, 2021),⁴ i lavoratori esposti a comportamenti violenti hanno un rischio 3,2 volte maggiore di burnout fisico ed emotivo, e 1,9 volte maggiore di sviluppare ansia o depressione. Tuttavia, i risultati disponibili in letteratura sono molteplici e diversificati, mostrando un quadro complesso di conseguenze potenzialmente dannose per il sistema sanitario in sé. La revisione di Chakraborty *et al.* riporta effetti su salute fisica e mentale (stress, paura, burnout), riduzione della soddisfazione lavorativa e intenzione di lasciare il proprio lavoro.¹²

Le conseguenze non si limitano al singolo professionista ma si estendono al team, con perdita di coesione, demotivazione e intenzione di lasciare la professione.

Impatto sull'organizzazione sanitaria e sulla qualità delle cure

La violenza ha effetti rilevanti anche sull'organizzazione: aumento degli errori clinici, eventi avversi, riduzione della qualità percepita e della sicurezza delle cure. Negli Stati Uniti,

nel 2024 sono stati spesi 4,7 miliardi di dollari per la sicurezza ospedaliera, di cui il 18% (847 milioni) è stato destinato esclusivamente alla prevenzione della violenza sul lavoro. Oltre ai costi diretti, si sommano quelli legati al turnover, all'assenteismo e alla perdita di produttività stimata fino al 22% annua.¹ Oltre al danno diretto sull'organizzazione, un evento non marginale che potrebbe incidere sull'organizzazione sanitaria e sulla qualità delle cure è l'*underreporting*, ovvero la mancata denuncia da parte dell'operatore che ha subito la violenza. Una revisione della letteratura ha indagato le ragioni di questo fenomeno nel personale infermieristico, il personale più esposto e più studiato in letteratura.¹⁶ Alcune delle motivazioni che spingono a non segnalare gli episodi di violenza sono la paura, la mancanza di conoscenza del protocollo da seguire, la percezione che le violenze siano inevitabili e la percezione della severità dell'evento (che porta a segnalare di più episodi verbali e meno episodi di natura fisica).

Strategie di prevenzione e gestione del rischio

Le strategie di prevenzione richiedono un approccio su livelli differenti. L'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro ha pubblicato sul proprio sito internet delle infografiche sul fenomeno, riportando alcune misure che possono essere attuate in generale sul luogo di lavoro (Figura 1).

Sul piano organizzativo, è fondamentale garantire ambienti sicuri, numero di personale e relative competenze adeguati, procedure di gestione del rischio e programmi di supporto psicologico. Adeguate politiche aziendali, protocolli chiari e semplici per la segnalazione degli eventi, adeguata educazione del personale sul fenomeno e il supporto e l'ascolto nel post-evento violento possono essere alcuni degli interventi da mettere in atto per mitigare la resistenza da parte di alcuni operatori sanitari a segnalare gli eventi violenti.¹⁶

Sul piano formativo, studi recenti dimostrano l'efficacia di interventi basati su simulazioni pratiche, tecniche di de-escalation e comunicazione efficace.^{17,18} La costruzione di una cultura organizzativa di tolleranza zero verso la violenza è il prerequisito per ogni politica di prevenzione efficace.

Oltre alle azioni che, in generale, possono essere messe in atto dalle aziende, è utile, laddove possibile, adottare un

Organizzazione

- Evitare l'isolamento dei lavoratori (organizzazione delle attività in più operatori)
- Garantire un accesso limitato in specifiche aree, riservate allo staff
- Introdurre o migliorare il supporto gestionale

Ambiente di lavoro

- Miglioramento del sistema di sorveglianza e delle illuminazioni

Supporto al personale

- Adeguata formazione e informazione sui rischi degli episodi di violenza, identificazione dei potenziali eventi e training sulla loro gestione

Figura 1. Alcune misure generali per un'adeguata prevenzione degli eventi di violenza. (EU-OSHA, 2005²).

approccio più strutturato per ridurre ulteriormente la probabilità di violenze. Uno dei framework che in tal senso è utile citare è il modello GAVEN (*Global Approach to Violence towards Emergency Nurses*),¹⁹ studiato per il personale infermieristico dell'area dell'emergenza-urgenza e che affronta gli episodi di violenza da una prospettiva multifattoriale, considerando quattro domini principali: interno, che include la valutazione dalle caratteristiche dell'infermiere (età, esperienza lavorativa, tipo di turno, composizione del team); esterno, che considera le caratteristiche del paziente/familiare (condizioni socio-culturali, abuso di alcol/droghe, disturbi mentali o neurologici, comportamento del paziente, tempo di attesa); organizzativo, che considera l'organizzazione del servizio (presenza di sistemi di segnalazione, formazione, clima organizzativo); e ambientale, che considera la struttura architettonica del pronto soccorso, l'illuminazione, l'accessibilità delle vie di fuga o comfort ambientale. Questo è solo uno degli esempi di framework che possono essere valutati nel contesto dell'emergenza-urgenza, che, come riportato nei paragrafi precedenti, è uno dei più esposti a episodi di violenza. In un recente articolo vengono riportati diversi modelli pubblicati in letteratura che possono essere applicati al fine di ridurre gli episodi di violenza.²⁰

In tale prospettiva, risulta di particolare importanza promuovere una formazione strutturata e mirata dei professionisti sanitari, volta a prepararli ad affrontare situazioni potenzialmente violente attraverso programmi educativi e di training finalizzati a potenziare conoscenze, atteggiamenti e competenze nella prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi, sia nei confronti dei pazienti sia all'interno dei gruppi di lavoro. Questi programmi dovrebbero promuovere la comprensione delle responsabilità legali, delle politiche e procedure organizzative, e delle strategie di valutazione e controllo del rischio, includendo inoltre tecniche di comunicazione efficace e di gestione comportamentale orientate alla de-escalation e alla prevenzione dei comportamenti aggressivi.

Una recente revisione sistematica Cochrane ha evidenziato che i programmi di educazione e training per la prevenzione e la gestione della violenza nei contesti sanitari possono determinare miglioramenti nel breve periodo, in particolare in termini di aumento delle conoscenze e di rafforzamento della consapevolezza tra i professionisti.²¹ Sebbene non emergano ancora evidenze solide sugli effetti a lungo termine, gli studi inclusi mostrano piccoli ma concreti progressi nella capacità di riconoscere, comprendere e gestire comportamenti aggressivi, nonché nel mantenimento di atteggiamenti più positivi e proattivi verso la prevenzione della violenza.

Questi risultati, pur limitati, sottolineano come la formazione rappresenti un elemento imprescindibile nelle strategie di prevenzione integrate e multifattoriali, contribuendo a creare ambienti di lavoro più consapevoli e sicuri.

L'adozione di training basati sulla simulazione, che permettano ai professionisti di esercitarsi in scenari realistici e controllati, potrebbe rappresentare una strategia particolarmente efficace per favorire lo sviluppo di competenze pratiche e di sicurezza nella gestione di episodi di violenza verbale e non verbale, promuovendo al contempo una maggiore prontezza e fiducia nell'affrontare situazioni ad alto rischio.

In questa direzione, uno studio recente ha analizzato come gli infermieri di triage interpretino e reagiscano agli episodi di violenza sul lavoro attraverso scenari simulati.²² I risultati

hanno mostrato che le modalità con cui gli infermieri attribuiscono la causa dell'aggressione influenzano significativamente la percezione del rischio e le strategie di coping adottate. In particolare, quando l'aggressione viene ricondotta a fattori situazionali (come condizioni ambientali o organizzative), gli infermieri mostrano una percezione minore della minaccia e adottano strategie più attive e costruttive. Al contrario, quando la causa viene attribuita al paziente o alla relazione interpersonale, prevalgono lo stress, le reazioni difensive e la tendenza all'evitamento. Lo studio suggerisce che programmi formativi basati sulla simulazione e sul *reframing* cognitivo possano rafforzare la flessibilità cognitiva, l'autoefficacia e la capacità di de-escalation, preparando gli operatori ad affrontare in modo più efficace le situazioni di violenza nei contesti di emergenza.

Conclusioni e prospettive future

La violenza contro gli operatori sanitari non è un rischio inevitabile ma un fenomeno prevenibile. La ricerca evidenzia chiaramente come fattori individuali e organizzativi si intreccino, amplificando il problema. È necessario che le istituzioni, le organizzazioni sanitarie e i professionisti costruiscano un fronte comune, attuando strategie integrate e sostenibili. Solo così sarà possibile proteggere i professionisti sanitari e, al contempo, garantire la sicurezza e la qualità dell'assistenza ai cittadini. Le evidenze su questo argomento devono essere utili affinché non si tratti dell'argomento solo come un'emergenza silenziosa, ma una priorità politica e sociale con azioni concrete per consentire un'adeguata gestione del fenomeno, il miglioramento dell'ambiente di lavoro e il benessere degli operatori.

Bibliografia

- O'Brien CJ, van Zundert AAJ, Barach PR. The growing burden of workplace violence against healthcare workers: trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention - a narrative review. *EClinicalMedicine* 2024;72:102641.
- EU-OSHA. Third-party violence in the workplace. 2025. Disponibile online: <https://osha.europa.eu/sites/default/files/EU-OSHA-infographic-Violence.jpg>
- World Health Organization. Violence and harassment. 2025. Disponibile online: <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/violence-harassment>
- EUROFOUND. Violence in the workplace: women and frontline workers face higher risks. 2021. Disponibile online: <https://www.eurofound.europa.eu/en/commentary-and-analysis/all-content/violence-workplace-women-and-frontline-workers-face-higher-risks>
- La Torre G, Firenze A, Di Gioia LP, et al. Workplace violence among healthcare workers, a multicenter study in Italy. *Public Health* 2022;208:9-13.
- Cesare M, Di Nitto M, Iovino P, et al. Prevalence and determinants of workplace violence against nurses in the Italian home care settings: a cross-sectional multicentre study. *J Clin Nurs* 2025; doi: 10.1111/jocn.70007.
- Ministero della Salute. Relazione sulle attività dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie - anno 2024. 2025.

- Disponibile online: <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/relazione-sulle-attivita-dellosservatorio-nazionale-sulla-sicurezza-degli-esercenti-1/>
8. NIOSH, About workplace violence. 2025 Disponibile online: <https://www.cdc.gov/niosh/violence/about/index.html>
 9. Magnavita N, Larese Filon F, Giorgi G, et al. Assessing workplace violence: methodological considerations. *Med Lav* 2024;115:e2024003.
 10. Howells-Johnson J. Verbal abuse. *Br J Perioper Nurs* 2000;10:508-11.
 11. Dafny HA, Beccaria G. I do not even tell my partner: Nurses' perceptions of verbal and physical violence against nurses working in a regional hospital. *J Clin Nurs* 2020;29:3336-48.
 12. Chakraborty S, Mashrekly SR, Dalal K. Violence against physicians and nurses: a systematic literature review. *Z Gesundh Wiss* 2022;30:1837-55.
 13. Bagnasco A, Catania G, Pagnucci N, et al. Protective and risk factors of workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *J Clin Nurs* 2024;33:4748-58.
 14. Brunero S, Lamont S, Dunn S, et al. Examining the utility of the Violence Prevention Climate scale: In a metropolitan Australian general hospital. *J Clin Nurs* 2021;30:2399-408.
 15. Connor M, Armbruster M, Hurley K, et al. Diagnostic sensitivity of the dynamic appraisal of situational aggression to predict violence and aggression by behavioral health patients in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2020;46:302-9.
 16. Spencer C, Sitarz J, Fouse J, DeSanto K. Nurses' rationale for underreporting of patient and visitor perpetrated workplace violence: a systematic review. *BMC Nurs* 2023;22:134.
 17. Cai J, Wu S, Wang H, et al. The effectiveness of a workplace violence prevention strategy based on situational prevention theory for nurses in managing violent situations: a quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res* 2023;23:1164.
 18. Kumari A, Sarkar S, Ranjan P, et al. Interventions for workplace violence against health-care professionals: a systematic review. *Work* 2022;73:415-27.
 19. Ramacciati N. Nursing management of emergency department violence: We can do more! *J Clin Nurs* 2023;32:6757-9.
 20. Ramacciati N, Morales Palomares S. Violence towards emergency nurses: an update of a narrative review of theories and frameworks. *Int Emerg Nurs* 2025;82:101661.
 21. Geoffrion S, Hills DJ, Ross HM, et al. Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;9:Cd011860.
 22. Liu D, Ouyang L, Wu M, et al. Attribution, risk perception, and response to workplace violence: a scenario-based study of triage nurses. *BMC Nursing* 2025;24:1260.

Il ruolo della medicina interna nel percorso clinico-assistenziale delle persone detenute

Vincenzo O. Palmieri,¹ Alessandra Aleandri,¹ Teresa Balzano,¹ Greta Campanale,¹ Felicia D'Alitto,¹ Roberto Loiodice,¹ Marica Noviello,¹ Carmen Vita Parisi,¹ Laura Poli,¹ Donatella Potenza,¹ Filomena Prigigallo,¹ Concetta Staiano,¹ Francesco Incantalupo,² Francesca Passerini²

¹UOC Medicina Interna Ospedaliera, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari; ²UOC Medicina Emergenza e Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari, Italia

Introduzione

La medicina penitenziaria (MP) è l'assistenza sanitaria fornita alle persone detenute sia all'interno del sistema carcerario sia all'interno dell'ospedale. In maniera ancora più estensiva, la MP fa anche riferimento all'assistenza assicurata nei confronti delle persone che stanno scontando una pena ma che godono di forme di restrizione della libertà diverse dalla detenzione carceraria (come nel caso di chi si trova agli arresti domiciliari).

Tale forma di assistenza sanitaria rientra nelle competenze del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali. Ricordiamo, al riguardo, che il DPCM 1 aprile 2008 ha trasferito la competenza in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, concludendo un percorso iniziato con il D.Lgs. 230/99.¹ In attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, le Regioni hanno acquisito il compito di tutela della salute delle persone detenute al pari di quelle libere: tali normative, infatti, hanno riconosciuto la piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria tra gli individui liberi e gli individui detenuti, internati, e minorenni sottoposti a provvedimento penale.

Corrispondente: Vincenzo O. Palmieri, UOC Medicina Interna Ospedaliera, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari, Italia.
Tel.: 0805594495 – 3395647508.
E-mail: vincenzoostilio.palmieri@uniba.it

Nota dell'editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2025

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2025; 13(5):e4

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

Il percorso clinico-assistenziale delle persone detenute può essere schematicamente suddiviso in tre fasi principali:² i) accoglienza (ingresso nel carcere); ii) detenzione; iii) dimissione (che coincide con la scarcerazione).

La fase dell'accoglienza avviene al momento dell'ingresso in carcere, quando i servizi di assistenza sanitaria primaria e le caratteristiche dell'intervento sanitario vengono definiti in base ai bisogni di salute dei cosiddetti "nuovi giunti".

Durante il percorso di detenzione, gli aspetti da considerare sono soprattutto la prevenzione e cura delle patologie in carcere, l'uso dei farmaci, la gestione delle patologie acute e croniche, il *disease management*, l'identificazione delle caratteristiche del percorso in emergenza e del primo soccorso, nonché la definizione di percorsi assistenziali specialistici per i quali sia necessario coinvolgere le strutture sanitarie esterne al carcere (nella maggior parte dei casi gli ospedali).

Per tale ragione, nelle maggiori realtà ospedaliere esistono veri e propri reparti riservati ai malati in regime di detenzione (cosiddette Sezioni Detenuti), con organizzazione sanitaria variabile a seconda dei contesti e delle disponibilità di risorse e di personale.

La fase della dimissione, al termine del percorso di detenzione, comprende soprattutto le azioni da considerare per dare continuità al percorso clinico-assistenziale in fase di uscita dal carcere.

La medicina interna rappresenta la principale disciplina coinvolta nella gestione dei problemi di salute delle persone detenute non solo nella realtà sanitaria italiana, ma anche in quella europea ed extraeuropea. È significativo, infatti, che la maggiore rivista di medicina internazionale, il *New Journal of Medicine*, abbia ospitato una revisione sul tema della "Carceral Health Care" a febbraio 2025 che rappresenta una rassegna ampia ed approfondita sulle principali caratteristiche e problematiche della MP.³

Nell'affrontare il tema del ruolo della medicina interna in questo ambito sanitario così peculiare, in questa revisione dell'argomento, pertanto, ci soffermiamo soprattutto su tre aspetti principali della MP: i) il profilo professionale dei medici impegnati nelle divisioni di MP all'interno del carcere; ii) le caratteristiche peculiari dell'assistenza sanitaria alle persone detenute; iii) le caratteristiche principali delle Sezioni Detenuti all'interno degli ospedali.

Profilo professionale dei medici di medicina penitenziaria negli istituti carcerari

Nella maggior parte delle realtà carcerarie italiane, il profilo professionale dei medici di MP è rappresentato in primo luogo dalla disciplina di medicina interna oppure da una delle seguenti discipline: medicina d'emergenza e urgenza, malattie infettive, geriatria, malattie dell'apparato respiratorio, gastroenterologia, nefrologia, chirurgia generale o discipline riconosciute equipollenti.⁴

Ogni servizio sanitario penitenziario è un presidio territoriale della locale azienda sanitaria ed eroga l'assistenza sanitaria, garantendo un'azione multidisciplinare e l'integrazione di interventi a favore della persona detenuta. Esso fa parte della rete dei servizi regionali e assicura la continuità dell'attività assistenziale. In sintonia con quanto previsto dal DPCM del 1 aprile 2008 sopra menzionato, le aziende sanitarie sul cui territorio insiste l'Unità Operativa di MP garantiscono un'organizzazione dedicata per assicurare la completa presa in carico del paziente detenuto, gestendo tutte le prestazioni e le funzioni relative all'assistenza sanitaria di base, alla continuità assistenziale, all'assistenza medica specialistica ed all'assistenza infermieristica.

Il responsabile delle unità di MP svolge le seguenti funzioni principali:

- emana regole e indirizzi standardizzati (*evidence-based*) riguardo alle procedure di lavoro, all'utilizzo delle risorse, ai risultati attesi e al profilo di conoscenze, competenze e attitudini del personale assegnato. In realtà il problema dell'applicazione delle evidenze scientifiche nel campo della MP è tuttora oggetto di attenta valutazione. In un lavoro scientifico pubblicato nel 2023,⁵ gli autori partono dalla constatazione che, sebbene esista una crescente letteratura che valuta gli interventi per implementare pratiche basate sull'evidenza scientifica nella popolazione generale, l'estensione e il rigore di tali valutazioni nelle popolazioni detenute sono tuttora sconosciuti. Procedono quindi ad una revisione di una serie di trial clinici controllati su diversi problemi di salute in ambito penitenziario. La loro conclusione è che vi è una carenza di prove di alta qualità per orientare le strategie volte a implementare un'assistenza sanitaria basata sulle prove di efficacia nelle carceri, e un eccessivo affidamento su modelli di valutazione deboli che potrebbero sovrastimare l'efficacia. Mentre la maggior parte delle valutazioni si è concentrata sulle priorità riconosciute per la popolazione detenuta, è stata prestata relativamente poca attenzione alle condizioni a lungo termine fondamentali per l'erogazione delle cure primarie. Le iniziative volte a colmare il divario tra le prove di efficacia e la pratica nell'assistenza primaria in carcere necessitano, pertanto, di una base di prove più solida;
- persegue, in linea con quanto previsto dal DPCM 1 aprile 2008, il soddisfacimento dei bisogni di salute e della domanda di cura della popolazione detenuta con particolare riferimento alle seguenti aree di attività: organizzazione delle conoscenze epidemiologiche, promozione della salute, organizzazione degli interventi

- di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale;
- funge da raccordo tra i vari dipartimenti e servizi aziendali coinvolti nella presa in carico del detenuto, internato e minorenne sottoposto a procedimento penale;
- assicura la tutela della salute mediante un sistema dell'offerta assistenziale in grado di saper accogliere e accompagnare la persona durante il periodo dello stato di detenzione, promuovendo la crescita delle capacità individuali affinché possa percepire appieno il "bene salute" ed esercitare il proprio diritto alla salute sebbene residente in un ambiente recluso;
- è capace di assicurare gestione, analisi e valutazione dei flussi sanitari e di gestione degli approcci multidisciplinari a carattere specialistico. Infatti, la presa in carico dei bisogni di salute di un detenuto ha specificità e complessità tali, per cui gli operatori sanitari hanno necessità di operare in modo sinergico e di stabilire relazioni chiare e funzionali con gli operatori dell'amministrazione penitenziaria;
- è capace di gestire ed implementare lo screening del rischio suicidario, delle malattie infettive, della salute mentale, delle patologie da dipendenza, delle patologie oncologiche, nonché di valutare le condizioni sanitarie generali del detenuto e il suo monitoraggio psicobiologico.

Questo profilo professionale deve tener conto di quali sono le principali patologie, acute e croniche, presenti in ambito carcerario e la cui elencazione insieme alle caratteristiche generali del profilo medico sopradescritto fa ben comprendere il ruolo assolutamente preponderante della medicina interna (Tabelle 1 e 2).

Nei confronti del detenuto sano, invece, il ruolo principale del medico internista in carcere è rivolto all'attività di prevenzione e di educazione sanitaria.

Tabella 1. Principali patologie croniche nella popolazione carceraria.

Tossicodipendenza
Cardiovasculopatie
Miocardipatia ischemica
Iperensione arteriosa
Aritmie
Diabete mellito
Broncopatie croniche
Malattie infettive:
Malattie sessualmente trasmissibili
AIDS
Tubercolosi
Epatiti
Depressione
Psoriasi
Dislipidemie
Cirrosi epatica
Psicosi – disturbi di personalità
Disabilità post-traumatiche o di altra eziopatogenesi

Tabella 2. Principali patologie acute nella popolazione carceraria.

Patologie acute (non causate da malattie infettive) di cuore e circolo, apparato respiratorio, apparato digerente, apparato genito-urinario, ghiandole endocrine	
Ipo- iperglicemie	Ipo- ipertermia e colpo di calore
Cefalee	Disturbi della visione
Perdita di coscienza	Crisi ansiose
Stati eccitativi o confusionali	Stati depressivi
Tentativi di suicidio	Traumi accidentali o da auto - eterolesioni. Fratture, distorsioni, lussazioni, ematomi, contusioni ferite da taglio, da punta, da scoppio, lacero-contuse, emorragie
Lesioni da aghi e altri taglienti	Lesioni e traumi degli organi di senso
Lesioni da violenze sessuali	Punture di insetti o morsi di animali (topi)
Eritemi, ustioni	Intossicazioni acute da stupefacenti, alcol, gas, farmaci, acidi, detersivi, solventi
Ingestione volontaria di corpi estranei (utensili, lamette, batterie...)	Sindrome da astinenza
Allergie da inalanti, alimenti, farmaci	Conseguenze derivanti da sciopero della fame o/e della sete, condizione di isolamento

Caratteristiche peculiari dell'assistenza sanitaria alle persone detenute

Questo profilo professionale della medicina interna nel campo della MP si confronta con una realtà sociale e strutturale assolutamente peculiare delle strutture penitenziarie.

In primo luogo, molte persone arrivano in strutture carcerarie con rischi socioculturali per la salute, tra cui l'accesso all'assistenza sanitaria più difficile, i disturbi da uso di sostanze, le malattie mentali, l'esposizione ad atti di violenza, l'instabilità emotiva, la povertà e traumi fisici o psicologici. Questi rischi per la salute, tra loro interconnessi, si amplificano in molte strutture carcerarie, dove l'esposizione alla violenza e alle droghe, così come la solitudine, è la norma. L'incarcerazione di massa è anche una manifestazione e un motore del razzismo, in virtù del quale le persone di colore, o più in generale le straniere, ad esempio, hanno maggiori probabilità di essere arrestate e incarcerate e di scontare pene più lunghe rispetto alle loro controparti bianche.⁶ Inoltre, l'assistenza terziaria negli ospedali regionali è spesso complicata dall'uso di catene, dalla presenza di agenti al capezzale, che compromette la riservatezza, e da personale sanitario che potrebbe avere dubbi sui diritti decisionali dei pazienti detenuti.

Le condizioni nelle strutture carcerarie – in particolare l'isolamento, il sovraffollamento e le temperature estreme – possono peggiorare lo stato di salute (Tabella 3). Un'ampia mole di prove mostra come l'isolamento estremo aumenti l'autolesionismo e l'ideazione suicidaria, la solitudine e le malattie cardiovascolari; esacerba le condizioni croniche; e aumenta il rischio di morte dopo il rilascio. Il rovescio della medaglia dell'isolamento nelle strutture carcerarie è il sovraffollamento che, insieme a sistemi di riscaldamento, ventilazione e raffreddamento obsoleti o mal funzionanti, aumenta il rischio di diffusione di malattie infettive, come la tubercolosi e il COVID-19, e il rischio di autolesionismo e suicidio.⁷

Un altro aspetto peculiare dell'assistenza sanitaria in carcere è la gestione delle malattie croniche. La prevalenza di molte patologie croniche è molto più alta tra le persone nelle strutture carcerarie rispetto a quelle che vivono in co-

munità, e il rischio di morte entro le prime 2 settimane dopo il rilascio dal carcere è quasi 13 volte superiore a quello degli altri residenti nella comunità.

Le persone incarcerate hanno maggiori probabilità rispetto alle persone libere di contrarre malattie infettive (ad esempio, infezione da virus dell'HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili, infezione da virus dell'epatite C, tubercolosi e COVID-19) e patologie croniche (ad esempio, malattie renali, diabete, ipertensione, lesioni cerebrali traumatiche, malattie cardiovascolari, obesità e sindromi geriatriche). Anche i disturbi da uso di sostanze e le malattie mentali (tra cui disturbo da stress post-traumatico, depressione e ansia) sono più diffusi tra le persone incarcerate, in parte a causa della criminalizzazione di tali patologie.

La gestione delle malattie croniche varia tra le strutture carcerarie. In generale, le malattie croniche sono gestite da operatori sanitari della struttura sanitaria oppure inviati per visite specialistiche o per periodi di degenza più o meno lunghi nelle Sezioni Detenuti degli ospedali per approfondimenti specialistici diagnostici o terapeutici. In alcune esperienze preliminari l'uso della telemedicina è diventato più comune negli ultimi anni, ma vi sono evidenze contrastanti sui suoi effetti e risultati in carcere.

Aree di ricerca che stanno assumendo carattere di emergenza sono infine rappresentate dagli anziani, dalle donne e dai transgender.

Il numero di anziani incarcerati (di età pari o superiore a 55 anni) sta aumentando progressivamente e le patologie geriatriche, tra cui l'incontinenza urinaria, la perdita dell'udito e la compromissione delle attività quotidiane con rischio di cadute, si sviluppano in età più precoce tra le persone incarcerate rispetto a quelle residenti in comunità. Questo fenomeno, definito "invecchiamento accelerato", ha portato, in molti casi, le strutture carcerarie a considerare le persone incarcerate di 50 anni come "geriatriche".

La prevalenza di problemi di salute fisica e mentale è maggiore tra le donne incarcerate rispetto a quelle non incarcerate, così come quella di esperienze infantili negative e di violenza sessuale.⁸ In molte strutture carcerarie è necessario migliorare l'assistenza sanitaria alle donne. Ad esempio, l'incidenza di displasia cervicale e di cancro è elevata, eppure la sfiducia nei confronti dei professionisti medici può

Tabella 3. Fattori correlati alla detenzione che possono influire sulla salute.

Fattori ambientali
Caldo o freddo estremo
Sovraffollamento
Scarsa illuminazione
Distanza geografica dagli ospedali
Requisiti fisici quotidiani insoliti (ad esempio, assegnazione al letto superiore, con la necessità di gettarsi a terra per l'allarme)
Scarsa ventilazione
Isolamento profondo (isolamento)
Inquinamento acustico o acustica elevata
Tossine da inquinanti (ad esempio, acqua contaminata)
Politiche istituzionali
Incatenamento
Uso di mezzi di contenzione durante la deambulazione o il trasporto
Visite limitate
Disintossicazione forzata anziché trattamento
Perquisizioni corporali
Co-pagamenti per l'accesso all'assistenza sanitaria
Violenza
Attività di gang
Uso autorizzato della forza da parte del personale
Trauma vicario derivante dall'aver assistito a violenze
Conflitto tra persone incarcerate
Deumanizzazione
Accesso limitato alle pratiche sanitarie standard
Hospice e cure palliative
Pianificazione dell'assistenza avanzata
Prevenzione e trattamento dell'uso di sostanze
Libertà nel prendere decisioni mediche
Contatto con i familiari durante il ricovero ospedaliero
Terapia ormonale
Scelta del sostituto decisionale per le malattie in fase avanzata
Assistenza preventiva

impedire alle donne di sottoporsi allo screening, e le barriere a livello di sistema possono minare i collegamenti con l'assistenza post-rilascio nella comunità per affrontare i risultati anomali dello screening. Inoltre, alcuni studi hanno documentato inadeguatezze nelle diete prenatali e nel trattamento del disturbo da uso di oppioidi durante la gravidanza.

Sono inoltre necessarie ulteriori ricerche sui bisogni sanitari delle persone transgender nelle strutture carcerarie.

Una revisione internazionale ha mostrato un'elevata prevalenza di violenza fisica e sessuale, di problemi di salute mentale, di autolesionismo e di suicidio, e uno scarso accesso all'assistenza sanitaria tra le persone transgender incarcerate.⁹

La Tabella 4, infine, riassume le principali azioni che potrebbero e dovrebbero essere intraprese in ambito carcerario per far fronte alle numerose problematiche proprie

Tabella 4. Interventi di sanità pubblica che possono essere implementati in ambito carcerario.

Erogare screening e iniziare il trattamento per l'infezione da HIV
Erogare screening e iniziare il trattamento per l'epatite C
Erogare screening e trattamento per le infezioni sessualmente trasmissibili
Erogare screening e trattamento per il disturbo da uso di oppioidi
Erogare screening e trattamento per altri disturbi da uso di sostanze, incluso il trattamento tempestivo dell'astinenza da alcol potenzialmente letale
Erogare screening oncologici appropriati e tempestivi e altre offerte di mantenimento della salute
Offrire la vaccinazione annuale contro l'influenza e il COVID-19
Offrire altre vaccinazioni, comprese quelle contro l'epatite B e il morbillo
Rispondere alle esigenze dei pazienti anziani e di coloro che soffrono di malattie gravi e terminali
Offrire cure basate sull'affermazione di genere quando indicato
Implementare strategie per la prevenzione primaria delle malattie vascolari aterosclerotiche, dato l'aumentato rischio di malattie cardiovascolari associato a incarcerazione
Garantire un accesso adeguato alle cure primarie e alle cure urgenti
Garantire collegamenti post-rilascio per l'assistenza ai pazienti con patologie croniche

dell'assistenza in ambito carcerario. Dalla lettura di tali raccomandazioni, ancora una volta, appare evidente il ruolo chiave che può essere assicurato dalla medicina interna, come disciplina di riferimento primario e capace di interagire in modo appropriato con le diverse discipline ultraspecialistiche.

Caratteristiche principali delle Sezioni Detenuti all'interno degli ospedali

Un ultimo aspetto sul quale intendiamo attirare l'attenzione è quello delle caratteristiche strutturali, funzionali e logistiche delle Sezioni Detenuti presenti all'interno degli ospedali.

Nell'esperienza pugliese, in particolare del più grande ospedale regionale, rappresentato dal Policlinico (azienda mista ospedaliero-universitaria), con nota prot. n. 89477/2024 del 20/02/2024, il Dipartimento della Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia ha previsto l'attivazione, presso questa Azienda, di 8 posti letto dedicati all'Assistenza Penitenziaria, con conseguente autorizzazione al reclutamento di 6 unità di Dirigente Medico e di 12 unità di personale infermieristico.

Tale unità assistenziale, dotata di 3 stanze di degenza, una con 2 posti letto e le altre con 3, è in procinto di essere assegnata in gestione all'UOC di Medicina Interna Ospedaliera non appena saranno concluse le procedure di reclutamento del personale medico, infermieristico e degli operatori socio-sanitari.

Le funzioni principali saranno quelle di assicurare la gestione di pazienti detenuti affetti da patologie di interesse prioritariamente internistico che necessitano di essere avviati a percorsi diagnostici e terapeutici specialistici che non possono essere assicurati nella MP delle strutture carcerarie regionali.

Secondariamente verranno ricoverati anche pazienti con patologie non propriamente internistiche (in prevalenza di interesse psichiatrico, chirurgico, ortopedico) la cui osservazione clinica sarà assicurata dal personale medico proprio della Sezione, ma la cui gestione specialistica ricadrà nell'attività dei medici specialistici interessati. Si tratta di un modello assistenziale già ampiamente sperimentato con successo durante la pandemia da COVID, quando, in un reparto dedicato alla gestione dell'infezione virale, venivano ricoverati anche pazienti affetti da patologie specialistiche, gestiti per il problema di salute specifico dal consulente di riferimento.

Con questo modello organizzativo, l'ingresso nella Sezione Detenuti può pertanto avvenire secondo due modalità:

- i) in caso di problemi con carattere di emergenza/urgenza, il detenuto trasportato al Pronto Soccorso del Policlinico è preso in carico dai colleghi del Pronto Soccorso i quali, dopo le opportune valutazioni specialistiche ricoverano il paziente nella Sezione Detenuti, in carico alla Medicina Interna, oppure direttamente nel reparto specialistico nel caso di pazienti che per le loro condizioni cliniche necessitano di essere monitorati clinicamente o con strumentazione appropriata (ad esempio Cardiologia) o essere sottoposti a procedure chirurgiche o a procedure endoscopiche invasive (Unità di Chirurgia Generale o Specialistica); in quest'ultimo caso il paziente, qualora le condizioni lo permettano, potrà essere

trasferito presso la Sezione Detenuti per la prosecuzione del trattamento o dell'iter diagnostico;

- ii) in caso di problemi di salute non urgenti, il paziente giunge direttamente nella Sezione Detenuti dopo accordi intercorsi fra il personale medico della Sezione e quello della MP delle strutture carcerarie.

Conclusioni

La medicina interna rappresenta la disciplina di riferimento per la gestione dei problemi di salute di interesse della MP: come abbiamo provato ad illustrare, infatti, ancora una volta l'approccio metodologico proprio della medicina della complessità costituisce lo strumento più rilevante per la soluzione appropriata delle numerose sfide clinico-assistenziali e più in generale sanitarie che l'ambito penitenziario pone all'attenzione della nostra migliore tradizione sociale democratica e solidale.

Bibliografia

1. Repubblica Italiana. DPCM 1 aprile 2008. Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. GU Serie Generale n.126 del 30/05/2008.
2. Regione Emilia-Romagna. Il percorso clinico-assistenziale per le persone detenute. 2013. Disponibile online: https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/leggi-atti/regionali/circolari/2012/circolare%20n%20%2015_2012_Percorso%20clinico%20detenuti.pdf.
3. Brinkley-Rubinstein L, Berk J, Williams BA. Carceral health care. *N Engl J Med* 2025;392:892-901.
4. Regione Puglia. ASL BA avviso pubblico per il conferimento dell'incarico quinquennale di direttore della struttura complessa medicina penitenziaria ASL BA. Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, n. 54 del 4/07/2024
5. Blackaby J, Byrne J, Bellas S, et al. Interventions to improve the implementation of evidence-based healthcare in prisons: a scoping review. *Health Justice* 2023;11:1.
6. Nellis A. The color of justice: racial and ethnic disparity in state prisons. 2021. Disponibile online: <https://www.sentencingproject.org/reports/the-color-of-justice-racial-and-ethnic-disparity-in-state-prisons-the-sentencing-project/>.
7. Skarha J, Dominick A, Spangler K, et al. Provision of air conditioning and heat-related mortality in Texas prisons. *JAMA Netw Open* 2022;5:e2239849.
8. Johnson KA, Hunt T, Puglisi LB, et al. Trauma, mental health distress, and infectious disease prevention among women recently released from incarceration. *Front Psychiatry* 2022;13:867445.
9. Van Hout MC, Kewley S, Hillis A. Contemporary transgender health experience and health situation in prisons: a scoping review of extant published literature (2000-2019). *Int J Transgend Health* 2020;21:258-306.

Telemedicina e intelligenza artificiale: profili e criticità giuridiche del loro impiego nella sanità

Chiara Rabbito

Presidente del Comitato Tecnico-Scientifico della Società Italiana di Telemedicina (SIT), Roma, Italia

Lo sviluppo e la regolamentazione della telemedicina in Italia

Come noto, il termine “telemedicina” trae origine dal francese *telemedicine* e ha un significato che può essere molto vicino a quello di “*digital health*” di stampo anglosassone.

La telemedicina ha visto le sue prime applicazioni negli Stati Uniti in ambiti molto particolari, in cui era necessario provvedere all’assistenza medica e agli interventi di tipo sanitario in situazioni di grande distanza tra l’assistito e il curante, come l’ambito militare e le missioni spaziali. Progressivamente il suo uso si è ampliato ad ambiti più usuali, ma in cui, comunque, gli aspetti del superamento della distanza o della necessità di una maggiore capillarità o di una maggiore rapidità di intervento risultavano essenziali.

Nel nostro paese, date le sue caratteristiche geografiche, i principali utilizzi si sono verificati nei territori in cui è difficile la tempestività di un atto medico o di un atto sanitario, quindi nelle zone montagnose e nei territori insulari, o comunque caratterizzati da particolare isolamento. In considerazione, poi, delle caratteristiche della nostra popolazione, l’uso della telemedicina è stato valutato quale risorsa valida per l’assistenza sanitaria di anziani e grandi anziani e a supporto della cronicità.

La prima definizione ufficiale di telemedicina è stata data dall’Unione Europea nel 1990. Essa si concentra sui benefici

oggettivi rappresentati dal superamento delle distanze e dalla tempestività dell’atto.

L’anno successivo l’Organizzazione Mondiale della Sanità introduce un criterio soggettivo, ovvero che la telemedicina vada impiegata “per la salute dell’individuo e della collettività”. Ma la definizione che maggiormente calza per poter comprendere il sistema di valori che deve regolare e regolamentare la telemedicina è quella data nel 2003 dai Ministri della Unione Europea, nella quale l’accento viene posto sulle finalità: *in primis* la soddisfazione dei bisogni dei malati, in secondo luogo le necessità del personale sanitario e solo alla fine vengono menzionate le organizzazioni sanitarie e dunque le finalità di *governance* e programmazione sanitaria.

In Italia, la regolamentazione della telemedicina è avvenuta con grande lentezza e ha poi subito un’accelerazione convulsa in epoca COVID e nel periodo immediatamente successivo. Un primo approccio disciplinare è stato rappresentato dalle Linee di indirizzo nazionali per la telemedicina del 2014, cui è seguito un lungo periodo di silenzio fino al 2020, anno in cui, al fine dichiarato di cercare nella telemedicina una risorsa utile a far fronte alle grandi difficoltà della Sanità italiana di fronte alla pandemia, sono state pubblicate le Indicazioni nazionali per l’erogazione delle prestazioni di telemedicina, nonché, nel 2021, le indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione. Questo nuovo impulso regolatorio si innesta e trova linfa nell’attuazione del famoso Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (cosiddetto PNRR), con particolare riguardo alla Missione 6 del Piano che punta al potenziamento e al riorientamento del Servizio Sanitario Nazionale, a partire da alcune criticità emerse nel corso dell’emergenza pandemica, in maniera da metterlo in grado di migliorare l’efficacia della risposta ai bisogni di cura e di assistenza dei cittadini attraverso strategie-chiave, quali la telemedicina per l’assistenza territoriale e la digitalizzazione.

Nel contesto e ai fini dell’attuazione del PNRR e del tempestivo conseguimento dei risultati attesi dagli investimenti si è registrato un drastico cambiamento di rotta del legislatore con riguardo alla regolamentazione del fenomeno telemedicina, con la pubblicazione di un gran numero di atti normativi, per lo più decreti, che hanno toccato una molteplicità di tematiche in modo più o meno dettagliato e tecnico. La dovizia di regole e contenuti è stata tale da risultare a tratti confusoria e sfuggente persino per gli stessi addetti ai lavori. Solo per citare i principali vanno menzionati: il Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (famoso come DM 77) e il decreto conte-

Corrispondente: Chiara Rabbito, Presidente del Comitato Tecnico-Scientifico della Società Italiana di Telemedicina (SIT), Roma, Italia.

E-mail: crabbito@avvocatorabbito.it

Nota dell’editore: le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell’editore, dei redattori e dei revisori. Tutti i prodotti valutati in questo articolo o le affermazioni fatte dal loro produttore non sono garantiti o approvati dall’editore.

©Copyright: the Author(s), 2025

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2025; 13(5):e5

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

nente il “Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare” (detto anche Decreto 29 aprile 2022), nonché i due decreti finalizzati all’avvio dei servizi di telemedicina tramite le infrastrutture regionali collegate alla Piattaforma Nazionale di Telemedicina: il decreto 21 settembre 2022 di “Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio” e il decreto 30 settembre 2022 “Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale”.

Con riguardo alla Piattaforma Nazionale di Telemedicina va ricordato come essa non sia finalizzata all’erogazione dei servizi ma alla ricezione ed elaborazione dei dati aggregati a fini di *governance*. Saranno, invece, le singole infrastrutture regionali a svolgere il compito essenziale di erogazione dei servizi, tra i primi i cosiddetti “servizi minimi” ovvero tele-visita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza.¹ Vi sono, poi, due importanti decreti che rimettono sul tavolo di lavoro e promuovono fortemente l’effettiva adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico, ovvero l’FSE 2.0: il decreto 18 maggio 2022, “Integrazione dei dati essenziali che compongono i documenti del Fascicolo sanitario elettronico” e il decreto 20 maggio 2022 di “Adozione delle Linee guida per l’attuazione del Fascicolo sanitario elettronico”.

La questione dei dati e dei documenti sanitari diviene così centrale e, ugualmente, non più prorogabile né è la gestione digitale. Ciò non solo ai fini della digitalizzazione della Sanità italiana e della realizzazione del Fascicolo, ma anche nell’ambito delle politiche europee che prevedono, a tappe progressive ma non così distanti tra loro, la creazione di un “Ecosistema europeo dei Dati Sanitari” (EHDS). Il regolamento sullo spazio europeo dei dati sanitari mira progressivamente a renderne uniforme il trattamento. Esso si prefigge principalmente due finalità. *In primis* far sì che i dati sanitari afferenti al singolo cittadino europeo siano facilmente accessibili alle strutture sanitarie e quindi che ne risulti più rapida ed efficace la cura e l’assistenza. La seconda finalità è quella della ricerca scientifica, nei casi in cui, in base al dettato normativo, sia lecito accedere e trattare i dati a questo scopo.

Non si può nascondere che non ci sia anche un motivo di carattere economico: agevolare il mercato unico nella produzione di prodotti *device* afferenti alla salute.

Il regolamento EHDS è stato pubblicato nella Gazzetta dell’Unione Europea il 5 marzo ed è entrato in vigore il 26 marzo del 2025. Da questo momento è iniziata la transizione verso la sua piena attuazione. In particolare, i dati contenuti nei *patient summary*, le visite specialistiche del cittadino, le sue ricette elettroniche dovranno essere condivisi a fini di cura entro marzo 2029. Questa scadenza varrà anche per le cartelle cliniche elettroniche, che potranno essere utilizzate e condivise da tutti gli Stati dell’Unione Europea a fini di ricerca e di *governance*. Vi è poi un’ulteriore tappa, fissata nel 2031, che prevede anche lo scambio di immagini diagnostiche e di risultati di laboratorio e altre categorie di dati, tra cui i dati genomici.

Risulta evidente come questi provvedimenti potranno apportare grandi benefici e una maggiore efficienza nell’attività di cura e assistenza al paziente. Dall’altro, però, ci sono anche seri rischi in agguato, sia sotto il profilo giuridico sia sotto il profilo etico, nel caso in cui questa enorme mole di dati non sia adeguatamente gestita ed eventualmente sia “data in pasto” a sistemi di intelligenza artificiale non correttamente regolamentati e non sufficientemente controllati.

Le criticità sotto il profilo privacy

Da quanto fin qui esposto risulta in modo chiaro come la progettazione e la gestione di un sistema telemedico, specie se arricchito da risorse di intelligenza artificiale, creino una molteplicità di problemi sotto il profilo della tutela del dato. L’innovatività innegabile non esime, in ogni caso, dall’applicazione dei principi e delle norme generali, in particolare di quelle contenute nel noto GDPR, ovvero il Regolamento Europeo per la privacy.²

Vale la pena ricordare come il concetto di “privacy” abbia subito una notevole evoluzione di pari passo con l’evoluzione delle tecnologie: si è partiti da una situazione in cui si faceva riferimento alla privacy come riservatezza personale, come diritto “ad essere lasciati soli” per arrivare ad una visione della privacy che piuttosto afferisce al lecito e corretto trattamento di una quantità ingentissima di dati che le tecnologie informatiche e telematiche consentono di trattare e che dall’intelligenza artificiale possono essere processate e utilizzate per il suo addestramento e per la produzione di *outcomes*.

Come si diceva, attualmente la norma di riferimento in Europa è il Regolamento 2016/679, cioè il GDPR. In quanto regolamento, è direttamente applicabile all’interno di ciascuno Stato membro.

Uno dei principi fondamentali espressi nel GDPR è quello dell’*accountability* del titolare, ovvero dell’attribuzione di responsabilità decisionale e, quindi giuridica, ad un soggetto con precise caratteristiche di autonomia decisoria e finanziaria, che in ambito sanitario è generalmente individuabile non in una persona fisica ma in una persona giuridica (azienda sanitaria, struttura ospedaliera, istituto di ricerca) rappresentato da – ma non identificato in – un rappresentante legale (es. direttore sanitario) e in organi e comitati con funzioni deliberative. Tra le principali responsabilità del titolare vi è la scelta delle misure di sicurezza: correttamente, il GDPR sottolinea che esse non debbano essere esclusivamente tecnologiche, ma debbano trattarsi anche di idonee misure di tipo organizzativo, poiché misure tecniche di alto livello possono essere vanificate da procedimenti errati, prassi sbagliate e personale non formato.

Vi sono poi altri due principi fondamentali che devono sovraintendere alla progettazione dei sistemi *Information Communication Technology* (ICT), ivi compresi quindi i sistemi di telemedicina: il principio della *privacy by design* e il principio della *privacy by default*. In base al primo, è necessario adottare, fin dalla fase di progettazione del sistema informatico telematico, tutte le misure necessarie a tutelare i dati personali. In base al secondo, la tutela deve costituire una clausola di copertura generale, da osservare in caso di dubbi e di lacune normative, che deve portare ad un uso del dato personale solo quando strettamente necessario per la finalità che ci si è prefissi. Il titolare è dunque tenuto ad assumersi la responsabilità decisionale nella progettazione dei sistemi ICT – ivi compresi i sistemi telemedici – guidato dai principi della *privacy by design* e *by default*, ma deve anche provvedere a misurare la “robustezza” del sistema, sottoponendo i trattamenti di dati valutabili come a maggior rischio alla cosiddetta “Valutazione d’impatto” o DPIA (*Data Protection Impact Assessment*), cioè alla verifica preventiva e periodica di quale impatto il trattamento di quei dati e con quelle modalità potrà avere sui diritti e sulle libertà delle persone (nel nostro caso

pazienti e assistiti) e quali conseguenze potrebbe avere una eventuale crisi del sistema in caso di *data breach*, ovvero di compromissione della sua sicurezza.³

Va ricordato che il sistema di protezione previsto dalla disciplina europea (e quindi anche da quella italiana) si intensifica in base alla tipologia di dato trattato: alle regole previste per il dato personale, si aggiungono le regole che afferiscono alle cosiddette “categorie particolari di dati”, nell’ambito delle quali vi sono anche i dati afferenti alla salute, destinatari anche di protezioni specifiche in quanto tali e i dati genetici, ulteriormente e specificamente tutelati da norme proprie. La tutela del dato, in tutta la sua complessità, dovrà essere dunque parte della progettazione e della gestione del *setting* terapeutico realizzato in telemedicina (Figura 1).

L’uso dell’intelligenza artificiale in sanità

Si è cominciato da tempo a ragionare sulla possibilità di utilizzare il supporto dell’intelligenza artificiale anche in ambito medico e telemedico. Com’è facile immaginare, nel caso in cui all’interno di un sistema di telemedicina ci sia anche un arricchimento da parte dell’intelligenza artificiale, il livello di complessità sotto il profilo giuridico, già elevato, subisce inevitabilmente un incremento.

Si tratta di inquadrare quali siano le “regole del gioco” entro le quali un ordinamento giuridico possa gestire ragionevolmente una situazione di supporto al paziente attraverso la telemedicina integrata dall’intelligenza artificiale.

Le difficoltà sono principalmente conseguenti a:

- i) sperimentaltà: ad oggi vi è ancora un numero esiguo di sistemi di telemedicina che possano considerarsi “a regime”, specie sotto il profilo della loro regolamentazione giuridica, e tutti quelli che prevedono l’intelligenza artificiale sono senza dubbio sperimentali. In tutti questi casi, se da un lato non è ancora adeguatamente chiaro il quadro regolatorio, dall’altro non si può assolutamente prescindere da un’adeguata tutela giuridica del paziente e dell’operatore, poiché il loro coinvolgimento nell’atto sanitario non ha nulla di “sperimentale” ma è reale. In questi casi quindi l’aspetto innovativo e pionieristico non può costituire un’esimente;
- ii) complessità organizzativa e pluralità dei soggetti: il ricorso alle risorse ICT, con ulteriore arricchimento di IA, comporta un incremento esponenziale dei soggetti coinvolti (sia persone fisiche che giuridiche, soggetti pubblici e privati, pubblica amministrazione, imprese, professionisti) nonché una struttura organizzativa e di rapporti reciproci ramificata e composita, per la cui re-

golamentazione il ricorso al diritto esistente, alle norme in vigore non è a volte sufficiente o idoneo;

- iii) complessità sotto il profilo documentale: tutti i processi e i procedimenti che coinvolgono l’atto sanitario presentano una valenza giuridica che ha anche una propria rappresentazione sotto il profilo documentale. Ciò deve valere anche per l’atto sanitario in telemedicina. Naturalmente non si dovrà più ragionare in termini di documenti cartacei, ma in termini di una serie di atti giuridici e di espressioni di volontà giuridica tradotti in documenti digitali. Si tratta quindi di stabilire le caratteristiche di questi nuovi sistemi documentali sanitari e il loro valore in termini di effetti giuridici e probatori;
- iv) multinazionalità: uno dei pregi della telematica è il superamento dei confini nazionali. Ciò vale sia con riguardo alla possibilità di esprimere la funzione di cura in uno Stato diverso da quello del curante, sia sotto il profilo della fornitura tecnologica, in quanto i fornitori di hardware, software, spazio di archiviazione e risorse di intelligenza artificiale hanno sede legale o fattuale in Stati o continenti diversi da quello del curante e/o del paziente. Tutto ciò è causa di una babele giuridica difficile da districare ma di cui è indispensabile venire a capo se non altro per la tutela dei diritti fondamentali della persona malata e di chi lavora per curarla.

I primi tentativi di definire punti fermi per l’uso corretto dell’intelligenza artificiale sono stati rappresentati dai cosiddetti Principi di Asilomar e dalle Linee guida dell’Unione Europea del 2019. I Principi di Asilomar constano di ventitré statuizioni che si prefiggono un utilizzo regolamentato dell’intelligenza artificiale al fine di ottenere da essa i maggiori benefici con minori rischi possibili per il genere umano. Consapevoli di quanto possa essere ampia e invasiva l’intelligenza artificiale, gli scienziati firmatari sottolineano che il suo uso non debba mai essere lesivo della persona e della sua privacy, e che il suo impiego non debba mai limitare in modo irragionevole la libertà reale o percepita delle persone. I descritti principi sono stati confermati e dettagliati nelle Linee guida UE e, a seguire, dall’*Artificial Intelligence Act*, cioè dal Regolamento europeo sull’Intelligenza Artificiale, approvato in data 14 giugno 2023.⁴

L’Organizzazione Mondiale della Sanità, così come l’Unione Europea, nei confronti dell’uso dell’intelligenza artificiale assume un atteggiamento possibilista e orientato a valorizzarne i benefici: l’intelligenza artificiale potrà trasformare il settore sanitario, ottimizzando i processi diagnostici e terapeutici mediante l’uso dei *big data* e delle tecniche analitiche. Per quanto concerne la valutazione dello stato di salute delle popolazioni, l’Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea come non sia ancora possibile una rappresentazione accurata delle specificità delle popolazioni, il che potrebbe generare imprecisioni e pregiudizi.

Una delle urgenze che emergono maggiormente dal quadro regolatorio è, infatti, la necessità di trasparenza nell’operare dell’agente, di comprensione delle sue modalità di “ragionamento” e, quindi, di conseguimento dei risultati. Va quindi curato l’addestramento dell’agente affinché avvenga in modo trasparente, al fine di poter verificare costantemente che non sia “sporcato” da *bias*, specie se comportano l’assunzione di convinzioni umane viziate da pregiudizi, con conseguenti deduzioni sfavorevoli nei confronti dei membri di specifici gruppi umani.^{5,6}

Nell’ordinamento giuridico italiano un primo sforzo di



Figura 1. Livelli di tutela del dato.

regolamentazione complessiva del fenomeno “AI” è rappresentato dalla predisposizione da parte del Governo del testo del disegno di legge sull’intelligenza artificiale, finalizzato ad armonizzare la normativa nazionale alle disposizioni dell’AI Act, ora divenuto legge (Legge 23 settembre 2025, n. 132, Disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale), la quale riconosce il potenziale dell’AI, ma ne disciplina l’impiego al fine di garantirne un utilizzo etico e sicuro.

Per quanto concerne la ricerca scientifica, l’articolo 8 prevede che le attività di ricerca per la realizzazione di sistemi di intelligenza artificiale utilizzati per la cura della persona e per la salute pubblica, qualora svolte da soggetti pubblici e privati senza scopo di lucro o IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), siano dichiarati di rilevante interesse pubblico.

Come tali, queste ricerche potranno beneficiare del trattamento di dati personali anche in assenza del consenso degli interessati, secondo le condizioni previste dall’articolo 9 del GDPR e dall’articolo 110 del Codice Privacy italiano. Tuttavia, la liceità di ogni trattamento resterà subordinata all’approvazione dei comitati etici competenti e alla preventiva comunicazione al Garante per la protezione dei dati personali.

In considerazione della previsione di un utilizzo diffuso delle tecnologie di intelligenza artificiale, purché a scopo benefico, risulta a questo punto essenziale comprendere come gli ordinamenti intendano strutturare il proprio sistema di difesa di fronte ad eventuali danni causati da tali tecnologie.

Sotto questo profilo va menzionato il Regolamento europeo AI il quale divide le applicazioni di intelligenza artificiale in categorie, in base al livello di rischio, in una sorta di piramide ai cui vertici ci sono i sistemi a rischio inaccettabile (vietati) e al di sotto di questi i sistemi ad alto rischio, per i quali sono previsti una serie di limitazioni e cautele, e infine quelli a rischio limitato e minimo. Va sottolineato come siano, per esempio, considerati a rischio inaccettabili i sistemi di profilazione e *social scoring* ovvero di raccolta e analisi di dati per-

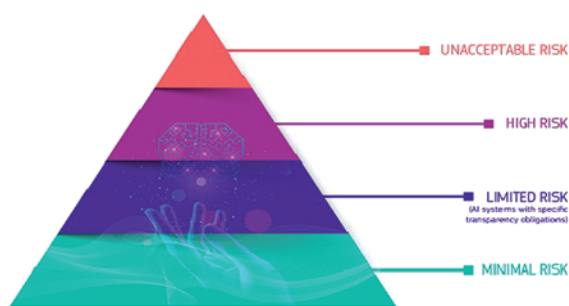


Figura 2. AI Act – Livelli di rischio. rischio. Riprodotto da: European Commission (2024).⁹

sonali di un individuo per valutarne aspetti come interessi, preferenze, abitudini e comportamento (profilazione) e per assegnare un punteggio basato su azioni e interazioni sociali (*social scoring*). Ne consegue il divieto di utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale per selezionare e condizionare l’accesso alle prestazioni sanitarie. Sono, invece, sistemi ad alto rischio quelli che possono incidere sui diritti fondamentali delle persone. Sono quindi tali tutte le applicazioni di intelligenza artificiale utilizzate per l’attività di cura, in quanto coinvolgono i diritti fondamentali alla vita e alla salute (Figura 2).⁷⁻⁹

Di fronte al rapido avvicinarsi di nuove tecnologie e al loro carattere sperimentale e, dall’altro lato, alla necessità di proteggere i diritti fondamentali della persona (vita, salute, integrità fisica, riservatezza) può essere utile, in una fase di frenetica innovazione tecnica ma di lentezza legislativa, atterrarsi alle indicazioni del Rapporto ISS in epoca covid: “*Scegliere le soluzioni operative che offrano le migliori garanzie di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, tenendo conto del rispetto dei diritti della persona*”.

Bibliografia

1. Miserendino M. Telemedicina, il punto sulle piattaforme con Antonio Vittorino Gaddi (SIT): “L’infrastruttura andrà a regime in fasi diverse”. Disponibile online: <https://www.inlifec.com/policy/telemedicina-piattaforme-gaddi-sit/#>
2. Iaselli M. La tutela dei dati personali in ambito sanitario. Milano: Lefebvre Giuffrè; 2020.
3. Rabbito C. Il nuovo Regolamento europeo sulla privacy: nuove regole per la progettazione e realizzazione dei sistemi di e-Health. IN: Faralli C, Brighi R, Martoni M (eds). Strumenti, diritti, regole e nuove relazioni di cura. Il paziente europeo protagonista nell’e-Health. Torino: Giappichelli; 2015. pp. 297-308.
4. Finocchiaro G. I molteplici obiettivi perseguiti dal Regolamento. In: Pollicino. La disciplina dell’intelligenza artificiale. Milano: Lefebvre Giuffrè; 2025- pp. 101-11.
5. Rabbito C., Giardini M.E. Applicazioni di intelligenza artificiale: deviazioni di autenticità e correttezza in ambito medico-sanitario. Digeat N.6 - 19 Giugno 2025.
6. Rabbito C, Petrini CM, Gaddi AV, et al. Considerazioni sul bias nella pedagogia medica basata su AI. Tutor 2024; 24:78-9.
7. Finocchiaro G. AI e regolamentazione risk-based. Contratto e Impresa Europa 2025;2:103-8.
8. Giardini ME, Petrini CM, Gaddi AV. Contenuti per un corso di formazione all’intelligenza artificiale per personale medico-sanitario: una revisione esplorativa della letteratura dall’avvento di ChatGPT. Tutor 2024; 24:5-24.
9. European Commission. AI Act. 2024. Disponibile online: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/regulatory-framework-ai>.

LINEE GUIDA PER GLI AUTORI

I *Quaderni dell'Italian Journal of Medicine (Quaderni ITJM)*, costituiscono una collana supplementare **solo online** annessa alla rivista *Italian Journal of Medicine* contenente lavori solo in lingua italiana.

I Quaderni ITJM pubblicano:

- Monografie *ad hoc* individuate dal Presidente FADOI, dal Consiglio Direttivo, dal Board Scientifico o dall'Editor in Chief dell'*Italian Journal of Medicine*, in funzione del contesto scientifico-istituzionale attuale.
- Monografie *ad hoc* su temi di particolare rilevanza scientifica a cura della *Commissione FADOI Giovani*.
- Traduzioni in italiano di alcuni lavori pubblicati sui numeri standard dell'*Italian Journal of Medicine*, di particolare interesse per la comunità scientifica.

STESURA DEI LAVORI

I lavori dovranno essere redatti in modo conforme alle linee guida sotto riportate:

- I manoscritti devono essere scritti *interamente* in lingua italiana, su documento di Word, con *carattere* Times New Roman/Arial, *dimensione* 12, *formato* A4, *interlinea doppia* e *margini* 2,54 cm.
Parole totali: max 4000; *Sommario/Abstract*: max 250 parole; *Bibliografia*: min 40 voci; *Tabelle e Figure*: 3/5 totali (le tabelle non devono superare n. 1 pagina del documento in Word).
- La strutturazione del contenuto deve attenersi agli standard internazionali per la *Rassegna (Review)*: i) Abstract riassuntivo dell'intero lavoro; ii) Introduzione al tema trattato; iii) Criteri e strumenti di ricerca (criteri di inclusione/esclusione, banche dati consultate, ...); iv) i successivi paragrafi devono illustrare le più recenti scoperte scientifiche nel settore; v) Conclusioni; vi) Bibliografia.
- La prima pagina deve riportare: i) titolo (in stampatello minuscolo), senza acronimi; ii) nome e cognome per esteso di ciascun autore; iii) affiliazione(i) di ciascun autore, numerate con numeri arabi; iv) eventuali ringraziamenti; v) nome e indirizzo postale completi dell'autore corrispondente, corredati da telefono, fax, e-mail; vi) da 3 a 5 parole chiave, separate da virgola. La seconda pagina può riportare: i) contributi degli autori, *e.g.* informazioni relative a contributi sostanziali delle persone coinvolte nello studio (<http://www.icmje.org/#author>); ii) dichiarazione relativa a potenziali conflitti d'interesse; iii) ulteriori informazioni (*e.g.* fondi, esposizioni durante conferenze...).
- In caso di utilizzo di *tabelle*, queste devono essere tutte numerate con numeri arabi e citate nel testo in ordine consecutivo (*e.g.* NON nominare le tabelle come Tabella 1A, 1B, ... o 1.0, 1.1, ...). Le tabelle devono essere presentate in formato editabile. Ciascuna tabella deve essere corredata da una breve didascalia; in caso di abbreviazioni, riportare una nota a piè di CIASCUNA tabella che spieghi TUTTE le abbreviazioni presenti in ognuna.
- In caso di utilizzo di *figure*, queste devono essere inviate in formato .tiff o .jpg, allegate al manoscritto in singoli files, secondo le seguenti specifiche:
 - i) a colori (salvate in modalità CMYK): minimo 300 dpi di risoluzione;
 - ii) in bianco e nero: minimo 600 dpi di risoluzione;
 - iii) minimo 17,5 cm di larghezza.
 Ciascuna figura deve essere corredata da una breve didascalia.

NB: In caso di Tabelle/Figure riprese e/o modificate da altri lavori già pubblicati, sarà cura degli autori accertarsi se tali materiali siano o meno coperti da copyright e procurarsi i permessi necessari per la riproduzione. Tali permessi dovranno essere allegati alla versione definitiva del lavoro. L'ufficio editoriale si riserva la facoltà di rimuovere Tabelle/Figure coperte da copyright, se sprovviste dei necessari permessi.

- In caso di utilizzo di *abbreviazioni*, la prima volta che esse sono citate è necessario scrivere per esteso la definizione+abbreviazione tra parentesi tonde [*e.g.* risonanza magnetica (RMN)], a seguire si dovrà riportare solo l'abbreviazione (*unica eccezione*: nei titoli e nelle didascalie di tabelle e figure NON si utilizzano abbreviazioni).

BIBLIOGRAFIA

Le voci bibliografiche devono essere formattate secondo lo stile *Vancouver*.

Nella sezione Bibliografia, le voci bibliografiche devono essere numerate consecutivamente nell'ordine in cui appaiono per la prima volta nel testo (NON in ordine alfabetico) e, nel testo, devono essere indicate con numeri arabi *in apice*. Voci bibliografiche riferite a comunicazioni personali o dati non pubblicati devono essere incorporate nel testo e NON inserite tra le voci numerate [*e.g.* (Wright 2011, dati non pubblicati) o (Wright 2011, comunicazione personale)].

Le voci bibliografiche nella sezione Bibliografia devono *tassativamente* essere preparate come segue:

- i) più di 3 autori, citare *3 autori, et al.* Se il lavoro contiene solo 4 autori, citarli tutti e 4;
- ii) titolo del lavoro in stampatello minuscolo;
- iii) nome della rivista, senza punti, abbreviato secondo gli standard internazionali; in caso di dubbi sulla corretta abbreviazione, fare riferimento ai seguenti siti:
 - a. ISI Journal Abbreviations Index (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>);
 - b. Biological Journals and Abbreviations (<http://home.ncicrf.gov/research/bja/>);
 - c. Medline List of Journal Titles (ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/J_Medline.txt);
- iv) inserire l'anno di pubblicazione subito dopo il nome della rivista, seguito da punto e virgola;
- v) NON inserire giorno o mese di pubblicazione;
- vi) citare solo il volume, seguito dai due punti (NON citare il fascicolo tra parentesi);
- vii) abbreviare le pagine, *e.g.* 351-8.

Per accertarsi di aver correttamente formattato le voci bibliografiche, confrontarle con le citazioni in PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Esempi (prestare attenzione anche alla punteggiatura):

Articolo standard su Rivista

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002;347:284-7.

Proceedings

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, eds. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming, 2002 Apr 3-5, Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. pp 182-91.

Articoli i cui autori sono Organizzazioni

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40:679-86.

Libri

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002. (CITAZIONE DEL LIBRO INTERO)

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, eds. The genetic basis of human cancer. New York, NY: McGraw-Hill; 2002. pp 93-113. (CITAZIONE DI UN CAPITOLO)

MODALITÀ D'INVIO DEI LAVORI

Monografie

Gli Autori dovranno fare riferimento all'Editor-in-Chief o alle persone da lui designate nelle lettere di invito a scrivere gli articoli programmati.

Per gli articoli inviati da giovani internisti, gli Autori dovranno fare riferimento al Dr. Michele Meschi (e-mail: m.meschi@ausl.mo.it) e agli eventuali altri referenti da lei designati, nelle prime fasi di stesura dei manoscritti, revisioni e correzioni.

Il Dr. Meschi raccoglierà poi le versioni definitive dei lavori di ciascuna monografia e provvederà all'invio di tutti i materiali all'ufficio editoriale.

I lavori solo nella loro versione definitiva e approvata dalla *Commissione FADOI Giovani* dovranno pervenire all'ufficio editoriale già pronti per l'impaginazione e immediata pubblicazione (già *corredati da eventuali permessi per la riproduzione di tabelle e immagini redatti secondo le presenti linee guida*).

Traduzioni

Previo invito dell'Editor-in-Chief, gli Autori dovranno far pervenire all'ufficio editoriale la *versione tradotta in italiano*, al seguente indirizzo e-mail: giulia.bertoni@pagepress.org

Il file in formato Word dovrà essere formattato secondo gli standard editoriali della rivista ufficiale ed essere già pronto per impagina-

zione e immediata pubblicazione (*corredato da eventuali permessi per la riproduzione di tabelle e immagini*).

Si prega di inviare le eventuali tabelle in formato editabile e le figure in alta definizione secondo gli standard sopra riportati.

NOTA PER GLI AUTORI

I lavori pubblicati sui Quaderni ITJM non verranno indicizzati, ma saranno liberamente disponibili in un'apposita sezione del sito FADOI (<http://www.fadoi.org/>) e della rivista ufficiale.

Gli Autori i cui lavori siano accettati per la pubblicazione sui Quaderni ITJM e che fossero interessati a vederli pubblicati anche sulla rivista ufficiale, dovranno sottomettere attraverso il sito dell'ITJM (www.italjmed.org) la versione (già tradotta) in inglese e redatta in modo conforme alle linee guida della rivista; seguiranno poi la procedura di selezione tramite peer review e, se accettati, saranno inseriti nel piano editoriale standard.

STAFF EDITORIALE

Giulia Bertoni, Journal Manager
giulia.bertoni@pagepress.org

Claudia Castellano, Production Editor

Tiziano Taccini, Technical Support

QUADERNI - ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Tutti gli articoli pubblicati sui QUADERNI - *Italian Journal of Medicine* sono redatti sotto la responsabilità degli Autori. La pubblicazione o la ristampa degli articoli della rivista deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente, sia con strumenti informatici e saranno utilizzati per l'invio di questa e di altre pubblicazioni e di materiale informativo e promozionale. Le modalità di trattamento saranno conformi a quanto previsto dall'art. 11 del D.Lgs 196/03. I dati potranno essere comunicati a soggetti con i quali PAGEPress intrattiene rapporti contrattuali necessari per l'invio delle copie della rivista. Il titolare del trattamento dei dati è PAGEPress Srl, via A. Cavagna Sangiuliani 5 - 27100 Pavia, al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione e ogni altra operazione di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03.

PUBBLICATO DA

PAGEPress Publications
via A. Cavagna Sangiuliani 5
27100 Pavia, Italy
T. +39.0382.1549020



www.pagepress.org
info@pagepress.org

<https://www.italjmed.org/index.php/ijm/quad>

Pubblicato: dicembre 2025

