

26 NOVEMBRE | Sala **LEONARDO**

 **9:30 - 11:30** | **COLLEGIO ITALIANO DEI CHIRURGI: TRA CLINICA E POLITICA**

A cura di  Collegio Italiano dei Chirurghi

Coordina **Michele De Angelis** *Esperto*
 Saluti Istituzionali
Maurizio Brausi *Presidente CIC*

La formazione del chirurgo in Italia: Luci ed Ombre
Massimo Carlini *Presidente SIC*
 Discussant **Alessandro Giardino** *Past President SICOP, Consigliere CIC*

La razionalizzazione delle risorse in Chirurgia: gestione e costi delle nuove tecnologie
Michele Tringali *Responsabile UOS HTA ASL di Pavia*
 Discussant **Giovanni Scambia** *Vicepresidente CIC*

Politica Sanitaria Regionale: peculiarità e differenza. La migrazione Sanitaria
 Discussant **Diego Foschi** *Istituto Alta Specializzazione – San Gaudenzio Novara, Past President CIC*

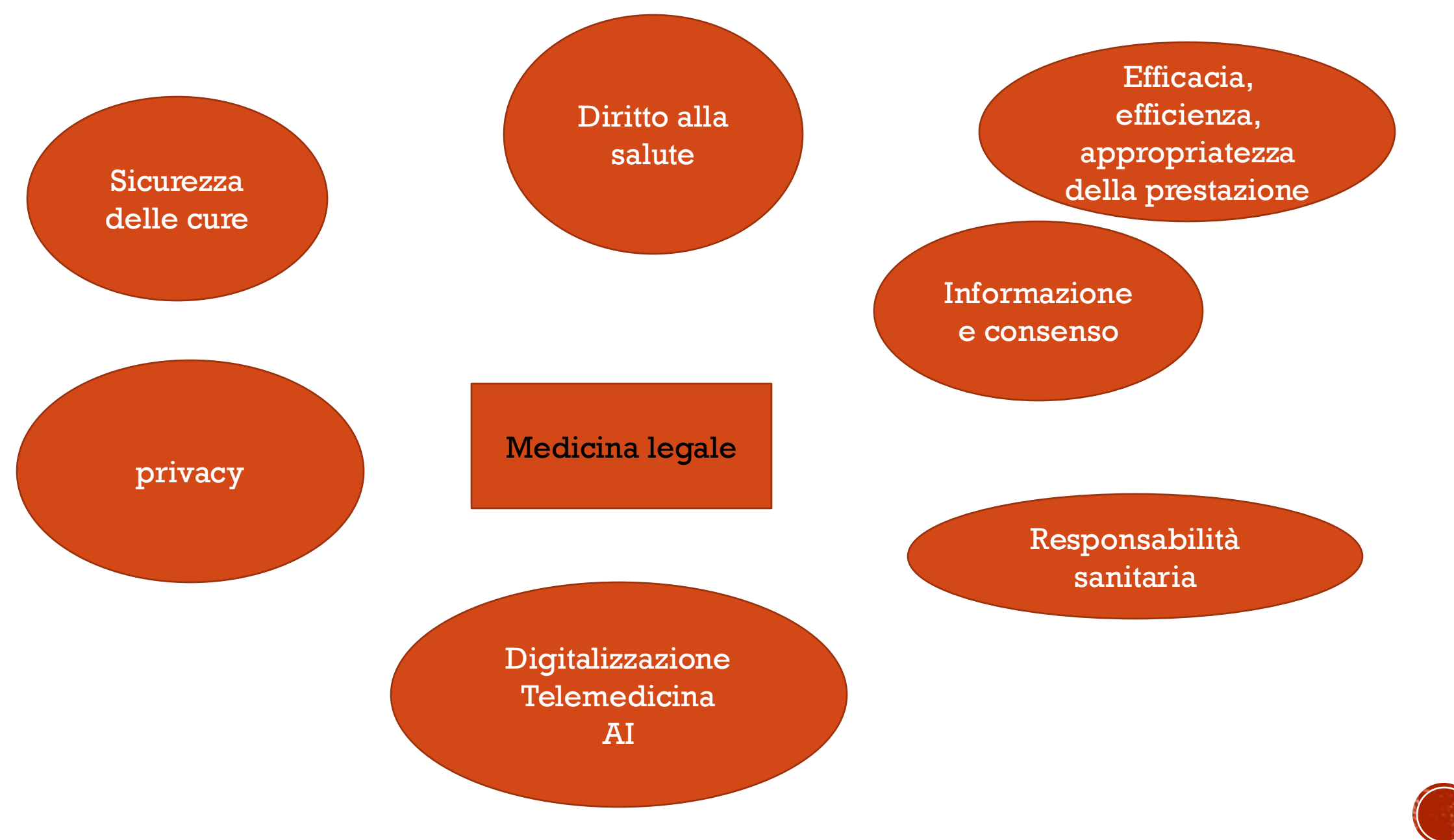
Riclassificazione dei DRG e prestazioni Sanitarie: un Must Age.Na.S.
 Discussant **On. Carmelo Massimo Misiti** *Consigliere SICOP, Consigliere CIC*

Responsabilità Professionale: Come dovrebbe essere
Paola Frati *Delegata per gli Affari Istituzionali SIMLA, Coordinatrice della Sezione Medicina Legale*
 Discussant **Filippo La Torre** *Collegio dei Garanti CIC*

Emergenza/Urgenza un grave problema irrisolto
Andrea Mingoli *Presidente SICUT*
 Discussant **Marco Piemonte** *Presidente Collegio Garanti CIC*

La chirurgia da remoto
Daide Patrini *Lenovo*

Conclusioni
Maurizio Brausi *Presidente CIC*



ATTUALI ASPETTI DI MEDICINA LEGALE

- Informazione e consenso
- Responsabilità professionale
- digitalizzazione



16-1-2018

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 12

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Consenso informato

La legge 219 è una legge chiara e completa. E' il frutto anche dell'elaborazione giurisprudenziale e di principi già sanciti dal codice deontologico. Contiene molteplici aspetti alcuni dei quali lambiscono il fine vita. Non è una legge però sul fine vita ma sulla relazione di cura.



Nota Bene

LEGGE 219/2017

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

Articolo 1 (11 Commi)
Consenso informato

Articolo 2 (3 commi)
Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita

Articolo 3 (5 commi)
Minori e incapaci

Articolo 4 (8 commi)
Disposizioni anticipate di trattamento

Articolo 5 (5 commi)
Pianificazione condivisa delle cure

Articoli 6, 7, 8
Norma transitoria; clausola di invarianza finanziaria; relazione alle camere

ART. 1 LEGGE 219 DEL 2017

- Ribadisce e richiama gli articoli della Costituzione
- Richiama la regola dei trattamenti obbligatori
- Detta le caratteristiche dell'informazione e del consenso
- Regola il rifiuto di cure anche dei trattamenti salvavita
- Definisce idratazione e nutrizione trattamenti medici rifiutabili
- Definisce il rifiuto di prestazione professionale
- Richiama la regola dello stato di necessità
- Definisce il tempo di comunicazione come tempo di cura

▪ **ANDIAMO PER ORDINE**



LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'équipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4,

qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'équipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirle.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

11. È fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.

Nota bene
Il testo con
sottolineato quanto
da ricordare



Art. 3.

Minori e incapaci

1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.

2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.

3. Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.

4. Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

5. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

Art. 4.

Disposizioni anticipate di trattamento

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in mate-

ria di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

2. Il fiduciario deve essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.

3. L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

4. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5, dell'articolo 3.

6. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7. Sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

7. Le regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.





Pianificazione condivisa delle cure (art. 5):

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, **alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi** qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

2. Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.

3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico ai sensi del comma 2 e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.

4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

5. Per quanto riguarda gli aspetti non espressamente disciplinati dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 4.



LEGGE 219 E SUOI LIMITI

- Non contiene riferimenti alla telemedicina
- Non contiene riferimenti alla AI



RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE





**LA LENTA STORIA DELLA
RESPONSABILITÀ
PROFESSIONALE SANITARIA**

- Perché la riforma Balduzzi..e poi la riforma Gelli.....
- Oggi forse la revisione della legge Gelli



Rischio clinico
 Documentazione sanitaria
 Responsabilità civile
 Responsabilità penale
 Ruolo consulenti

L'ATTUALE LEGGE 24/2017

In ambito penalistico
 peggiorativa rispetto
 alla legge Balduzzi

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041)

(GU n.64 del 17-3-2017)

Vigente al: 1-4-2017

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga

la seguente legge:



Art. 6

Responsabilita' penale dell'esercente la professione sanitaria

1. Dopo l'articolo 590-quinquies del codice penale e' inserito il seguente:

«Art. 590-sexies (Responsabilita' colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). - Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilita' e' esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificita' del caso concreto».

2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 1 e' abrogato.



CONCLUDENDO

L'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA RISPONDERÀ, A TITOLO DI COLPA, PER MORTE O LESIONI PERSONALI DERIVANTI DALL'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ MEDICO-CHIRURGICA:


-) se l'evento si è verificato per **colpa** (anche "lieve") da **negligenza o imprudenza**;
- *b)* se l'evento si è verificato per **colpa** (anche "lieve") da **imperizia** quando il caso concreto **non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali**;
- *c)* se l'evento si è verificato per **colpa** (anche "lieve") da **imperizia** nella **individuazione** e nella **scelta** di linee-guida o di buone pratiche clinico-assistenziali **non adeguate** alla specificità del caso concreto;
- *d)* se l'evento si è verificato per **colpa "grave"** da **imperizia** nell'**esecuzione** di raccomandazioni di linee-guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate, tenendo conto del **grado di rischio** da gestire e delle **speciali difficoltà** dell'atto medico”



ALLA RICERCA DI UN BARICENTRO....
.....L'ART. 2236 DEL CODICE CIVILE

«SE LA PRESTAZIONE IMPLICA LA SOLUZIONE DI PROBLEMI TECNICI DI SPECIALE DIFFICOLTÀ, IL PRESTATORE D'OPERA NON RISPONDE DEI DANNI, SE NON IN CASO DI DOLO E COLPA GRAVE».

VI SI COGLIE UNA PRECISA *RATIO*, BEN ESPRESSA NELLA RELAZIONE DEL GUARDASIGILLI AL CODICE CIVILE: LA NORMA MIRA, DA UN LATO, A «**NON MORTIFICARE** L'INIZIATIVA DEL PROFESSIONISTA COL TIMORE DI INGIUSTE RAPPRESAGLIE DA PARTE DEL CLIENTE IN CASO DI INSUCCESSO» E, DALL'ALTRO, A «NON INDULGERE VERSO NON PONDERATE DECISIONI O RIPROVEVOLI INERZIE DEL PROFESSIONISTA».



OGGI

- Ne deriva che, secondo la giurisprudenza più recente, la colpa professionale anche nell'ambito penalistico va apprezzata in concreto, tenendo conto di tutte le circostanze fattuali, tra le quali quelle relative alle difficoltà tecniche dell'intervento, che, se sono di un elevato grado, devono comportare una valutazione degli errori professionali meno rigida; con l'inciso, però, che non si tratterebbe di una diretta applicazione nel campo della colpa penale dei principi espressi da altro ramo dell'ordinamento (art. 2236 c.c.), ma di regole di esperienza alle quali il giudice può e deve attenersi nell'accertamento di un addebito mosso sotto il profilo dell'imperizia. In definitiva, come rilevato dal Vitale, con un'operazione che potrebbe definirsi di ortopedia giuridica, anche queste sentenze finiscono per fare rientrare dalla finestra quello che cacciano via dalla porta.

SCUDO PENALE

Si cerca di dare un
contenuto alla
colpa grave

«Art. 3-bis. – (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19) – 1. Durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, dichiarato con delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, e successive proroghe, i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi nell'esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza, sono punibili solo nei casi di colpa grave.

2. Ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice tiene conto, tra i fattori che ne possono escludere la gravità, della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, oltre che del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza».



RUOLO CONSULENTI E PERITI



Art. 15.

(Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria)

1. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, avendo cura che i soggetti da nominare, scelti tra gli iscritti negli albi di cui ai commi 2 e 3, non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi e che i consulenti tecnici d'ufficio da nominare nell'ambito del procedimento di cui all'articolo 8, comma 1, siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi.



Ruolo e peso
delle società
scientifiche

SPECIFICA E PRATICA **CONOSCENZA**

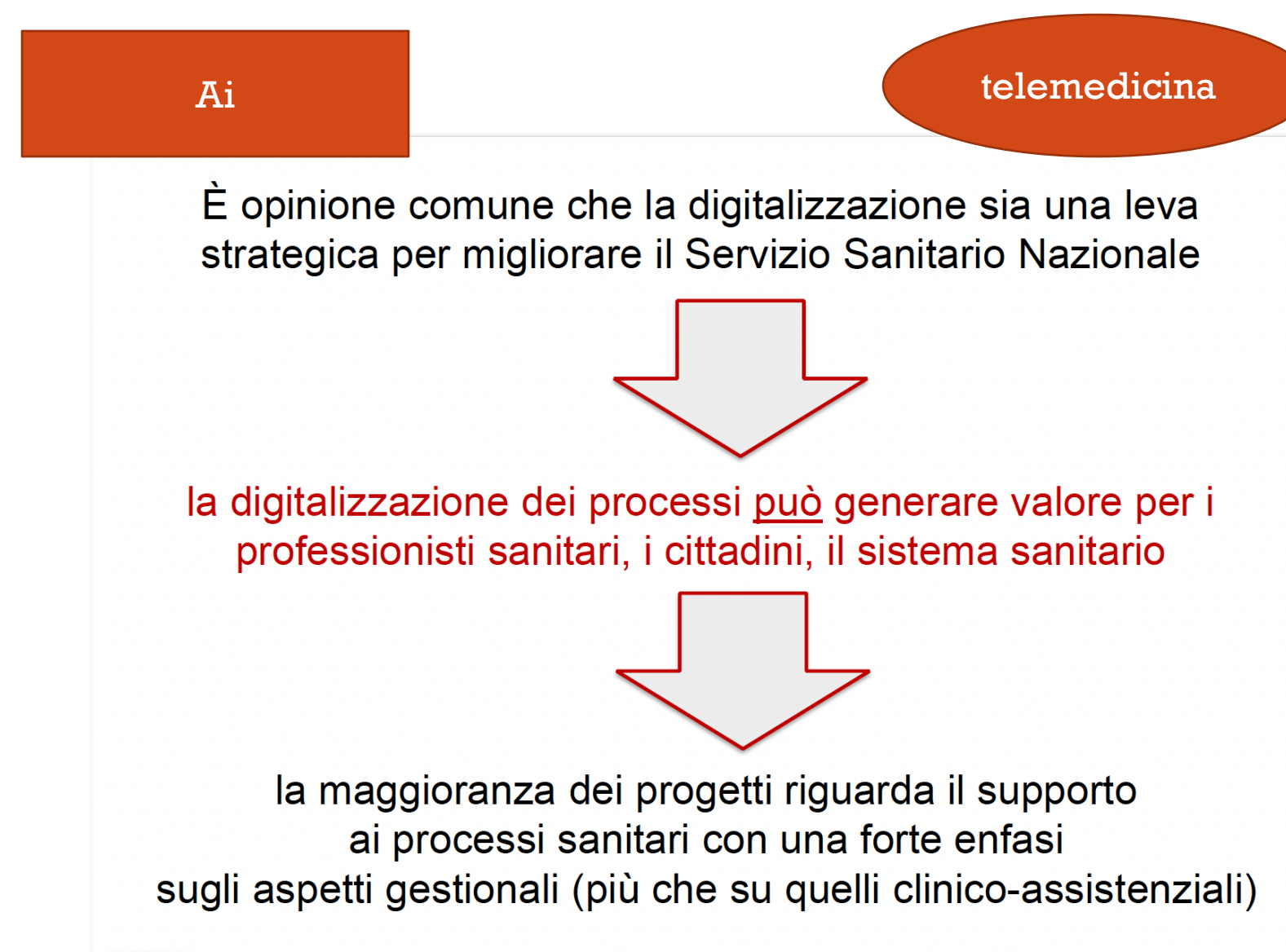
LO SPECIALISTA

Mentre per il medico-legale è sufficiente il pre-requisito della specializzazione per il co-perito o co-consulente clinico il giudice - oltre al possesso della specializzazione - deve accertare un ulteriore requisito ovvero la “specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento”.



DIGITALIZZAZIONE





Non si tratta di affidarsi a “*medici digitali*” o ad “*infermieri digitali*”, ma di progettare e poi utilizzare “*automi digitali*” che possano svolgere alcuni compiti a basso rischio o che permettano di velocizzarne altri:

- il self-triage per indirizzare il/la paziente nel corretto setting assistenziale o ridurre i tempi d’attesa al Pronto Soccorso;
- l’educazione e il care management di pazienti cronici o in follow-up di ricovero;
- la conferma di una terapia;
- la risposta a quesiti semplici e così via

anche evolvendo dalla logica del supporto all’operatività per aumentare l’efficienza dei professionisti sanitari potendo assistere e curare un numero maggiore di pazienti a parità di risorse umane (in mancanza della possibilità d’incrementarle)

Sempre il
paziente al
centro e la
sicurezza
delle cure

RESPONSABILITÀ E AI



Sicurezza e certificazione
dati immessi



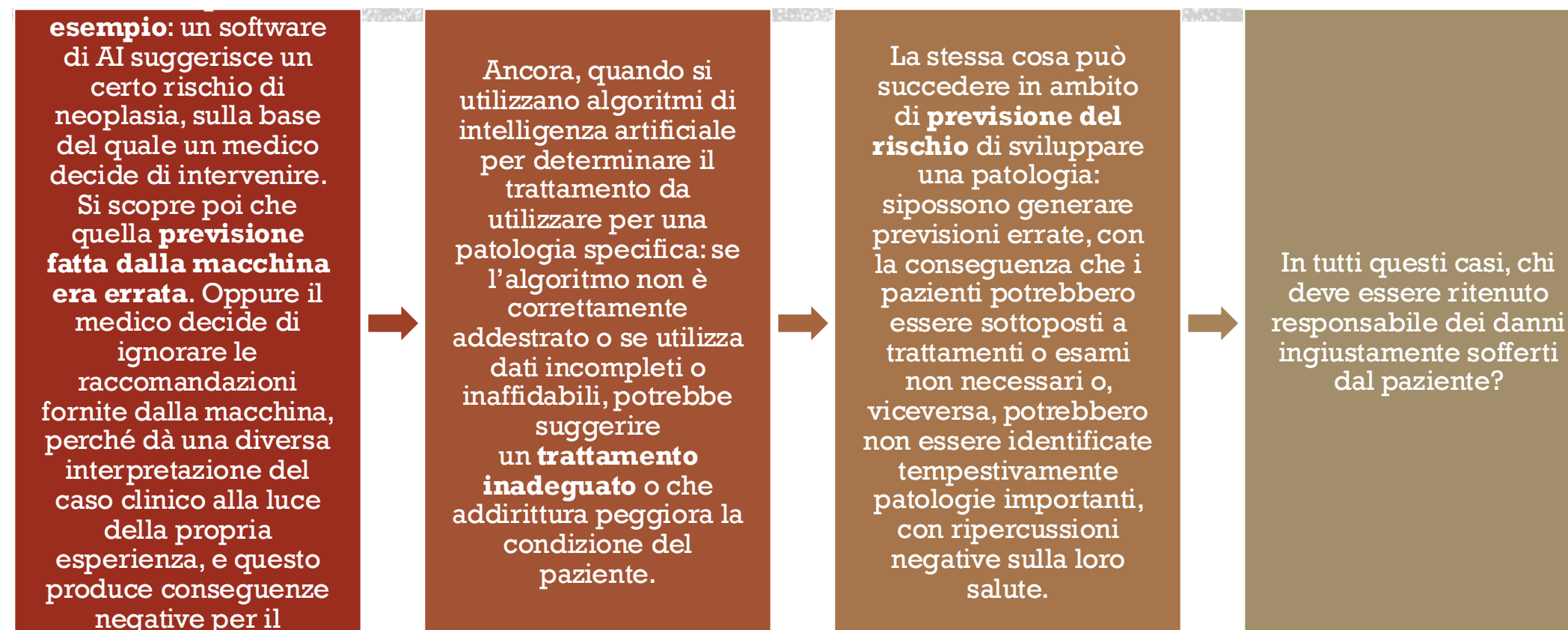
Tracciabilità e verificabilità
dell'algoritmo



Eventuale errore...chi
risponde?



ESEMPI PRATICI «VIRTUALI»..



Ragioniamo insieme....

se l'errore deriva dal sistema di IA, la responsabilità dovrebbe ricadere sulla struttura sanitaria che la utilizza, in conformità alle regole della responsabilità contrattuale di cui agli artt. 1218 ss. c.c. ed all'art. 2051 c.c. ("Danno cagionato da cosa in custodia");

se si tratta di un mancato o erroneo aggiornamento del software, potrebbe configurarsi una azione di rivalsa nei confronti della società incaricata della manutenzione;

se invece l'errore è nella programmazione, potesse essere possibile invocare la responsabilità del produttore per danno da prodotti difettosi, prevista sin dalla direttiva 85/374/CEE;

se poi è il professionista sanitario a non aver usato in modo corretto la macchina, o ad aver interpretato male i relativi output, si tornerà alle tradizionali ipotesi di responsabilità, contrattuale od extracontrattuale secondo l'ambito in cui ci si muove, come da legge Gelli Bianco.

QUALCHE BATTUTA....

- È probabile che il **contenzioso medico-legale** in questo ambito dovrà prevedere il ricorso a consulenti tecnici non solo in medicina legale, ma anche ad esperti di IA, e forse non ci si dovrà limitare a richiedere la cartella clinica del paziente ma anche la scheda tecnica della macchina!
- Dall'altra parte, anche per i medici dimostrare l'**assenza di colpa** non sarà facile: basterà mostrare di aver rispettato le linee guida o dovranno anche dimostrare di saper utilizzare le macchine che impiegano l'AI?
- Ma soprattutto, visto che il processo del deep learning non è decodificabile, quali prove potranno portare a loro discolpa i programmatori?

