



Commentario al Codice di Deontologia Medica

titolo 1° - OGGETTO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Art. 1 Definizione

Il Codice di Deontologia Medica contiene principi e regole che il medico-chirurgo e l'odontoiatra, iscritti agli albi professionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di seguito indicati con il termine di medico, devono osservare nell'esercizio della professione.

Il comportamento del medico, anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa.

Il medico è tenuto alla conoscenza delle norme del presente Codice, la cui ignoranza non lo esime dalla responsabilità disciplinare.

Commento:

Il nuovo codice di deontologia medica, all'art. 1, si limita a stabilire, con chiarezza, quali siano i suoi contenuti e i suoi ambiti di applicazione, senza preoccuparsi di elaborare una definizione della deontologia medica.

A questo riguardo è interessante notare come nell'articolo sia subito chiarito il concetto che le norme deontologiche non riguardano soltanto la vita professionale del medico, ma incidono su tutta la sfera comportamentale del professionista.

Il termine di deontologia deriva dai termini greci "to deon" : "ciò che deve essere e che si deve fare" e "logos" : "discorso, parola, scienza".

Nella storia della filosofia la parola deontologia è entrata nell'uso comune da quando il Bentham diede alla sua "Science of morality" apparsa nel 1834 il titolo di "Deontology".

In sede di introduzione a questo commento è necessario evidenziare la consapevole scelta della Federazione di "difendere e rafforzare" il valore e l'importanza della deontologia professionale. Si è inteso riaffermare con energia l'autonomia della deontologia anche rispetto alla continua e incessante opera di "legificazione" di tutti gli aspetti in cui si svolge l'attività dell'uomo. La norma giuridica, infatti, non può pretendere, senza tradire i suoi peculiari aspetti di generalità e di astrattezza, di regolamentare l'universalità dei comportamenti umani soprattutto in campi particolarmente delicati come quelli relativi allo svolgimento dell'attività professionale.

La deontologia medica rappresenta, tradizionalmente, l'insieme delle norme riguardanti i doveri del medico nei suoi rapporti con le autorità, con i cittadini e con i colleghi. Caratteristica primaria di questo insieme di principi e regole è la loro "extragiuridicità": si tratta di norme di condotta che nascono spontaneamente in seno al gruppo professionale e che sono volontariamente osservate come se fossero norme giuridiche dai componenti del gruppo professionale stesso.

In campo medico, in particolare, il comportamento deontologico si esprime nel rispetto della dignità professionale. Questo si sostanzia nel presupposto che la scelta della medicina come professione sia – o almeno tenda ad essere – vocazionale e che i fondamenti ne siano l'indipendenza intellettuale e la libertà scientifica.

Questi valori sono comuni a tutte le professioni, ma trovano la loro più alta espressione nella medicina cui prioritariamente è affidata la tutela dello stato di salute dell'uomo e il suo benessere psichico e fisico.

I valori basilari del rispetto della vita e della dignità della persona devono essere sempre di guida al medico, la cui opera ha per fine l'interesse del paziente, da perseguire nella rigorosa adesione ai canoni della deontologia ippocratica, cioè ai principi della beneficiabilità e della non maleficità.

E' ancora attuale, quindi, l'antichissimo binomio della scienza e coscienza. L'atto medico ha, da un punto di vista deontologico, una duplice giustificazione. Da un lato la scienza del medico, cioè il suo sapere offerto al paziente e corretto dalla coscienza, intesa quale uso consapevole di questo sapere nell'interesse esclusivo del malato, dall'altro la volontà, liberamente espressa e non delegabile, dell'individuo che al medico si affida.

Se, come detto - la deontologia medica si sostanzia nel rispetto della dignità e del decoro della professione garantite dall'indipendenza professionale e dalla libertà scientifica - ecco che viene a delinarsi in modo netto ed esauriente il significato vero dell'Ordine professionale inteso come organo che deve tutelare i principi costitutivi della dignità della professione.

Art. 2 Potestà disciplinari - Sanzioni

L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente Codice di Deontologia Medica e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili con le sanzioni disciplinari previste dalla legge.

Le sanzioni devono essere adeguate alla gravità degli atti.

Commento:

L'art. 2 è modificato rispetto alla precedente versione prima di tutto per quanto concerne il titolo, che si riferisce direttamente alla potestà disciplinare e alle relative sanzioni.

Si è voluto sottolineare come spetti all'Ordine professionale garantire il rispetto dei principi deontologici attraverso l'eventuale irrogazione di specifiche sanzioni disciplinari nei confronti degli iscritti.

La dottrina ha più volte evidenziato il carattere di discrezionalità del potere disciplinare degli Ordini sui propri iscritti.

E' stato affermato (Lega) che se è vero che il potere disciplinare è attribuito all'Ordine professionale per il raggiungimento di determinate finalità di ordine pubblico, qualora si riscontrasse che tali finalità siano contraddette dai propri iscritti, l'Ordine stesso verrebbe meno ai propri doveri istituzionali se non esercitasse quei poteri che tali finalità presidiano. Ricorrendo particolari fattispecie di minore importanza non può, tuttavia, negarsi un certo margine discrezionale sulla opportunità di procedere disciplinarmente. Quando però vi siano prove certe di comportamenti obiettivamente antideontologici, l'Ordine è chiamato ad attivarsi per dare contenuto e sostanza alla sua potestà disciplinare.

Per quanto concerne le professioni sanitarie, il potere disciplinare è attribuito agli Ordini e Collegi dall'art. 3, lett. f) del DLCP 13 settembre 1946, n. 233

.Le sanzioni disciplinari e il relativo procedimento sono invece stabilite negli artt. 38 - 52 del DPR 5 aprile 1950, n. 221.

Le sanzioni disciplinari sono: l'avvertimento " che consiste nel diffidare il colpevole a non ricadere nella mancanza commessa"; la censura "che è una dichiarazione di biasimo per la mancanza commessa"; la sospensione dall'esercizio della professione per un periodo di tempo che va da uno a sei mesi; la radiazione dall'Albo per le colpe di estrema gravità.

Il già citato art. 38 del DPR 5 aprile 1950, n. 221, prescrive che il procedimento disciplinare è promosso dall'Ordine d'ufficio o su richiesta del Ministro della Sanità o del procuratore della Repubblica.

Giudice d'appello contro le decisioni disciplinari dell'Ordine è la Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie. E' ammesso, infine, il ricorso alle Sezioni unite della Corte di Cassazione avverso le decisioni della Commissione Centrale.

Nel testo del nuovo codice è stato aggiunto un secondo comma riguardante la necessità della adeguatezza delle sanzioni disciplinari da irrogare alla gravità degli atti. A questo proposito deve sottolinearsi una innovazione della legge 175/92 discendente dall'entrata in vigore della recente normativa 26 febbraio 1999 n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che ha modificato l'art.3 comma 1 e l'art.5 comma 4 della legge citata 175/92, che prevedevano l'irrogazione della sanzione e della sospensione da 2 a 6 mesi per coloro che svolgevano a titolo individuale o come responsabili di strutture sanitarie, pubblicità sanitaria nelle forme consentite senza autorizzazione del sindaco o della Regione. In questi casi le sanzioni irrogabili diventano quelle della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria ai sensi dell'art.40 del DPR 5 aprile 1950, n.221. Occorre subito sottolineare che rimangono ferme, invece, le sanzioni previste dalla legge 175/92 in caso di pubblicità contenente indicazioni false o svolte attraverso strumenti non disciplinati della legge.

Con queste modifiche la legge 26 febbraio 1999 n. 42, ha inteso superare la rigidità dell'irrogazione della sospensione da due a sei mesi che in precedenza doveva essere applicata al professionista che non era in regola con l'autorizzazione prevista dalla legge 175/92. In pratica l'Ordine riacquista in questo specifico settore la propria discrezionalità amministrativa per quanto concerne la valutazione della colpa disciplinare del professionista, potendo modulare la sanzione eventualmente da infliggere in un ambito che va dalla

censura alla sospensione dall'esercizio professionale senza rigida predeterminazione della durata della sospensione stessa.

Viene così ad essere superato un inconveniente spesso lamentato dai rappresentanti degli Ordini che si "vedevano costretti" ad irrogare sanzioni indubbiamente gravi anche per colpe disciplinari che, in alcuni casi, non sembravano essere tali da giustificarle.

titolo 2° - DOVERI GENERALI DEL MEDICO

CAPO I - INDIPENDENZA E DIGNITÀ' DELLA PROFESSIONE

Art. 3 Doveri del medico

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona .

Commento:

La scelta di sostituire al termine "compito" quello, decisamente più incisivo, di "dovere" nell'ambito delle affermazioni a carattere quasi universale, che l'articolo stesso contiene, è stata unanime, voluta al fine di puntualizzare il rapporto imprescindibile che deve esistere tra il medico e la persona.

Questo articolo, in cui vengono sottolineati valori fondamentali e principi universali, vuole rivestire per il professionista una sorta di guida in riferimento a situazioni in cui l'affermazione di una propria regola comportamentale può arrivare a porsi in diretto contrasto con la normativa statale vigente.

Il secondo comma dell'articolo riconferma l'interpretazione, ormai accettata ampiamente, ovvero che il concetto di salute è da intendersi in senso estensivo, con riferimento, quindi, al benessere fisico e psichico della persona.

Si può correttamente sostenere che questo articolo costituisce un'applicazione dallo specifico punto di vista della professione medica degli articoli 32 e 3 della Costituzione.

Come è noto, infatti, l'art. 32 della Cost. garantisce il c.d. "diritto alla salute" anche se tecnicamente è più corretto parlare di "diritto alla tutela della salute".

L'esercizio medico, attraverso la propria tradizione millenaria, costituisce il primo e più naturale supporto per difendere la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Il riferimento all'art. 3 della Costituzione (che prevede il c.d. principio di uguaglianza) viene invece spontaneo considerando che l'articolo del codice deontologico in commento utilizza quasi le stesse parole del legislatore costituzionale prevedendo che il medico deve assicurare la difesa e il rispetto della vita, della salute e il sollievo della sofferenza "senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia in tempo di pace come di guerra".

Art. 4 Libertà e indipendenza della professione

L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione.

Commento:

La stringatezza della nuova versione dell'articolo 4 corrisponde alla volontà di dare assoluta rilevanza al concetto di libertà e di indipendenza come presupposto fondamentale per l'esercizio della medicina.

La modifica del precedente testo si giustifica con lo scopo di evitare concetti retorici e ridondanti rispetto alla sintesi ed efficacia del testo attuale.

La libertà e l'indipendenza del medico costituiscono due presupposti indispensabili per il corretto svolgimento dell'esercizio professionale.

A ben vedere l'istituzione degli Ordini professionali ha avuto, fra l'altro, proprio lo scopo di creare uno strumento per garantire questi diritti da eventuali interferenze esterne (vedi a questo proposito, per quanto riguarda la professione medica, l'art. 3 lett. b) del DLCP 13 settembre 1946, n. 233, che impone la vigilanza per la difesa dell'indipendenza della professione).

La difesa della libertà e dell'indipendenza del medico ha assunto ancora più rilevanza considerando che, ormai da tempo, l'esercizio professionale può essere svolto anche in regime di dipendenza (vd. art. 47 legge 833/78) o di "convenzionamento".

Numerosi problemi sono sorti per tutelare l'indipendenza e la libertà dei medici che vengono a trovarsi incardinati in un sistema improntato a criteri di supremazia gerarchica.

E' stato però chiarito che anche in queste situazioni, pur nel rispetto dei vincoli propri del lavoro subordinato (si pensi all'orario di lavoro, alle turnazioni, ma anche al diritto alle ferie), devono rimanere inalterate, per la parte specifica relativa all'attività professionale, la libertà e l'indipendenza intellettuale del medico.

Art. 5 Esercizio dell'attività professionale

Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.

Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa provenga.

Commento:

La lettura di questo articolo, peraltro sostanzialmente immutato, assume particolare rilevanza per quanto riguarda lo specifico tema della necessità di attenersi strettamente alle conoscenze scientifiche. La recente e per molti aspetti dolorosa vicenda relativa alle polemiche violente vissute per quanto riguarda la terapia e la lotta ai tumori, ha indotto la Federazione e i suoi rappresentanti a far valere questo principio anche a costo di vedersi accusare di difesa miope della corporazione professionale. I successivi eventi hanno in pratica dimostrato la giustezza sostanziale della posizione assunta dall'Ordine professionale in relazione alla necessità di ancorarsi a saldi principi scientifici per tutto quanto riguarda l'esercizio della medicina.

Questo articolo evidenzia i valori di riferimento dell'esercizio medico: si richiama, infatti, al binomio scienza e coscienza da intendersi come riferimento del corretto comportamento etico.

Sono questi due principi che si sostanziano e si limitano l'un l'altro laddove la libertà del professionista costituisce una garanzia per il cittadino e la libertà di cura riconosciuta alla persona deve essere ancorata ad elementi scientificamente validati.

Il richiamo ai valori etici cui è necessario ispirarsi intende evidenziare come il concetto di attività sanitaria non sia da intendersi come mera prestazione tecnica, ma come intervento complesso ispirato costantemente a valori etici fondamentali.

L'ultimo comma dell'art. 5 stabilisce la necessità per il medico di ricorrere all'Ordine contro qualsiasi pressione, da chiunque esercitata, tendente a condizionare il suo comportamento al di fuori della deontologia professionale. E' indubbio, infatti, che il progredire dei tempi porti sempre più spesso i medici a dover sopportare pressioni e condizionamenti derivanti ad esempio dal mondo dei mass media, tendenti a "utilizzare" la figura del medico per scopi non deontologici.

E' ovvio, peraltro, che la norma si riferisce anche alle pressioni di carattere economico da cui il medico non deve farsi condizionare al punto di porre in essere comportamenti contrari all'etica professionale.

Art. 6 Limiti dell'attività professionale

In nessun caso il medico deve abusare del suo status professionale.

Il medico che riveste cariche pubbliche non può avvalersene a scopo di vantaggio professionale.

Commento:

Nell'attuale testo questo articolo esprime l'obbligo morale per il medico di non abusare del suo status professionale.

Nella precedente stesura si faceva, invece, riferimento alla condizione professionale. Il motivo di questa modifica è quello di ampliare l'ambito di applicazione della norma in relazione a tutti gli aspetti della professione medica anche al di fuori dell'esercizio professionale.

Il primo comma dell'art. 6 riveste carattere di generalità ed esprime l'obbligo morale per il medico di non avvalersi del proprio prestigio e della propria reputazione professionale per ottenere illeciti vantaggi. Il riferimento non è solo relativo a eventuali, ingiustificati guadagni economici ma comporta anche il dovere del medico di "non sfruttare" il proprio status sociale per suggestionare i pazienti e ottenere utilità di qualsiasi genere.

Il secondo comma costituisce una specifica applicazione del principio del primo comma, facendo riferimento alle cariche pubbliche che il medico può essere chiamato a ricoprire. Come è noto la tradizionale figura del medico che svolge solo la libera professione è purtroppo residuale in quanto l'attività medica si svolge ora, prevalentemente, in rapporto di dipendenza e di convenzionamento. La norma deontologica vuole evitare anche il semplice sospetto che il medico, chiamato ad assumere cariche di rilievo pubblico, di carattere politico o amministrativo, se ne avvantaggi per favorire la propria attività professionale o comunque interessi di carattere personale. Per quanto riguarda la materia strettamente elettorale è necessario citare la legge 23 aprile 1981, n. 154, e successive modificazioni che, riferendosi ai medici dipendenti e convenzionati delle ASL, detta disposizioni in materia di ineleggibilità ed incompatibilità alle cariche di consigliere regionale, provinciale, comunale e circoscrizionale e alle cariche negli organi delle ASL. Anche in questo caso, pur nei diversi ambiti e competenze, vi è un sostanziale riscontro fra la normativa deontologica e quella propria della legge ordinaria.

CAPO II - PRESTAZIONI D'URGENZA

Art. 7 Obbligo di intervento

Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare ogni specifica e adeguata assistenza.

Commento:

L'attuale articolato è stato reso più snello rispetto alla versione originaria del codice del 1995, ma sostanzialmente si aggancia al già richiamato principio generale di solidarietà che diventa per il medico vero e proprio obbligo in considerazione del richiamo che l'attività professionale ha con il principio costituzionalmente protetto di tutela della salute.

Questo articolo del codice deontologico costituisce un'applicazione particolarmente rigorosa, in riferimento alla figura del medico, della norma di cui all'art. 593 del codice penale. Tale norma riferendosi alla generalità delle persone è, ovviamente, meno tassativa e prevede, in buona sostanza, l'obbligo di attivarsi per "prestare assistenza o dare avviso immediato alle autorità". La differenza risiede nel fatto che l'obbligo di attivarsi per un "cittadino normale" scatta quando si trovi "la persona di un minore abbandonato o il corpo di un individuo ferito o ammalato e quindi incapace di provvedere a se stesso".

L'articolo del codice deontologico prevede, invece, che il medico, comunque, avvertito della necessità della sua opera, non possa rifiutarsi di intervenire.

E' opportuno, peraltro, ribadire che, a prescindere dagli aspetti penalistici, l'obbligo deontologico costituisce sempre una sufficiente motivazione per il medico a prestare la propria assistenza quando se ne riscontri la necessità.

A livello normativo va ricordata la legge 5 giugno 1990, n. 135, che ha introdotto il dovere di prestare la necessaria assistenza nei confronti dei soggetti affetti da sindrome di immunodeficienza acquisita.

Dobbiamo, comunque, evidenziare che la stessa giurisprudenza, per quanto riguarda il reato penale, ha escluso la sussistenza dell'obbligo di intervento del medico in alcuni casi specifici:

1. quando l'assistenza necessaria sia già stata assicurata al malato da parte di un altro medico;
2. quando ci si trovi di fronte a situazioni che in diritto si chiamano di "forza maggiore". Si pensi al caso del medico che, sebbene avvertito di un caso urgente non possa, ragionevolmente, intervenire perchè gravemente ammalato o perchè la strada da cui dovrebbe transitare risulta ostruita da una frana. Si tratta di un'applicazione del tradizionale principio del diritto romano "nemo ad impossibilia tenetur".

Art. 8 Calamità

Il medico, in caso di catastrofe, di calamità o di epidemia, deve mettersi a disposizione dell'Autorità competente.

Commento:

Il progredire delle conoscenze sociali sia a livello individuale che istituzionale ha indotto il legislatore deontologico a dedicare uno specifico articolo ai compiti assistenziali cui il medico non può sottrarsi in caso di eventi che abbiano rilevanza collettiva.

La stessa normativa vigente attribuisce specifici compiti ai medici in questi frangenti, ma è di tutta evidenza che le motivazioni etico-deontologiche sono le prime cui il medico deve rispondere in caso di eventi eccezionali ed emergenze sanitarie.

Il medico, infatti, proprio per la sua qualificazione professionale deve mettersi a disposizione delle autorità costituite quando la situazione richieda interventi urgenti in presenza di emergenze particolarmente gravi.

Esistono, peraltro, anche gli artt. 256 e 257 del TULLSS che prevedono rispettivamente "l'obbligo dei medici di prestare la propria opera per i servizi di assistenza e profilassi, secondo le disposizioni dell'autorità sanitaria, nei comuni di residenza, in caso di epidemia o di pericolo di epidemia nonché l'obbligo di prestare la propria opera per prevenire o combattere la diffusione di malattie infettive negli altri comuni ai quali siano stati destinati dall'autorità sanitaria".

Si tratta di un vero e proprio obbligo giuridico di prestazione di attività indipendentemente dalla instaurazione di qualsiasi rapporto di carattere continuativo.

Anche in questo caso è utile ricordare, che, comunque, l'obbligo deontologico sussiste, nella fattispecie, anche in mancanza di precise disposizioni dell'autorità competente: si pensi ai casi di calamità gravissime che provocano l'interruzione di qualsiasi forma di comunicazione.

CAPO III - OBBLIGHI PECULIARI DEL MEDICO**Art. 9 Segreto professionale**

Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o che può conoscere in ragione della sua professione; deve, altresì, conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate, nel rispetto dei principi che garantiscano la tutela della riservatezza.

La rivelazione assume particolare gravità quando ne derivi profitto, proprio o altrui, o nocimento della persona o di altri.

Costituiscono giusta causa di rivelazione, oltre alle inderogabili ottemperanze a specifiche norme legislative (referti, denunce, notifiche e certificazioni obbligatorie):

- a) *la richiesta o l'autorizzazione da parte della persona assistita o del suo legale rappresentante, previa specifica informazione sulle conseguenze o sull'opportunità o meno della rivelazione stessa;*
- b) *l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute dell'interessato o di terzi, nel caso in cui l'interessato stesso non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e di volere;*
- c) *l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.*

La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.

Il medico non deve rendere al Giudice testimonianza su ciò che gli è stato confidato o è pervenuto a sua conoscenza nell'esercizio della professione.

La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo.

Commento

L'art. 9 dedicato al segreto professionale è stato sostanzialmente modificato dal nuovo testo in considerazione anche della sopravvenuta approvazione della legge n. 675 del 1996, che istituisce l'Autorità del Garante per la tutela dei dati personali. Come è noto il segreto professionale è tradizionalmente uno dei doveri fondamentali del medico e una delle regole essenziali della deontologia.

La nuova legge, quindi, non costituisce altro che un rafforzamento dei compiti che già il medico era tenuto a osservare per quanto riguarda la tutela dei dati e delle notizie relative ai propri pazienti. A questo riguardo occorre notare come tra le cause che costituiscono "giusta causa" di rivelazione del segreto professionale è stato aggiunto un punto c) che prevede la possibilità di derogare alle norme sul segreto professionale, laddove esista l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi anche in caso di diniego dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.

Si è inteso con tale modificazione sancire che, per la deroga al segreto professionale, è necessario sia l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi sia l'autorizzazione del Garante. Questa autorizzazione può discendere sia dal provvedimento generale (autorizzazione n. 2 del 1997) sia da una richiesta specifica che il medico può inoltrare.

Un'altra modifica rispetto alla precedente stesura dell'art. 9 concerne l'ultimo comma che sancisce " La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo" . Si è voluto specificare, con la massima chiarezza, un concetto che pure poteva ritenersi per certi versi implicito anche nella precedente stesura dell'articolo.

Il medico, quand'anche cessasse la propria attività e chiedesse la cancellazione dall'albo, non può ritenersi esentato dal rispetto del segreto professionale. E' questa una considerazione abbastanza importante considerando che le rivelazioni concernenti la salute e i dati sensibili di alcuni pazienti potrebbero riguardare, inoltre, soggetti molto noti al pubblico e vi potrebbe essere un interesse economico per il medico, anche se non più professionalmente in attività, a utilizzare alcune conoscenze acquisite durante la propria vita professionale anche per scopi di lucro non certo commendevoli.

Il segreto professionale, che, come è noto, è anche previsto dal codice penale (artt. 326 e 622) è un obbligo imposto a determinati professionisti di non divulgare notizie di cui sono venuti a conoscenza a cagione della loro professione. E' chiaro che la norma penale si riferisce anche ad avvocati, magistrati, commercialisti ed altri ma è altrettanto chiaro che per il medico la problematica del segreto professionale è particolarmente importante considerando la delicatezza del rapporto che si instaura fra medico e paziente. Il segreto professionale viene definito dal punto di vista giuridico una relazione che intercorre fra la conoscenza di cose e fatti e un determinato soggetto.

Il paragone fra norma deontologica e norma penale, è indubbiamente necessaria, ma occorre mettere in risalto alcune sostanziali differenze. Ai sensi dell'art. 622 del codice penale, infatti, la rivelazione del segreto professionale è punibile solo se ne possa derivare nocumento.

Il codice deontologico, invece, nel confermare l'importanza strettamente etica del principio stesso, non fa questa distinzione e prevede, quindi, la sanzionabilità del comportamento del medico anche quando dalla rivelazione non derivi danno ad alcuno.

Nel secondo comma dell'art. 9 è, peraltro, prevista la particolare riprovazione della divulgazione del segreto professionale fatta a scopo di lucro oppure al fine di arrecare specifico nocumento: ciò non toglie che la violazione dell'obbligo sussista anche senza queste specifiche caratteristiche dolose.

Un'altra distinzione da fare è quella concernente l'esimente generale della giusta causa, prevista dall'art. 622 del c.p., e non dall'articolo 9 del codice deontologico. Questa differenza porta molti a ritenere che anche in questo caso la norma deontologica sia più rigorosa rispetto a quella penalistica che, attraverso l'esimente della giusta causa, permette al professionista di valutare i casi in cui possa ignorare l'obbligo del segreto professionale. In realtà la dottrina prevalente (Lega, Introna etc.) ritiene che le deroghe espresse sotto i punti a) e b) del terzo comma dell'articolo in commento costituiscano non un sistema chiuso e tassativo, ma un'elencazione esemplificativa passibile quindi di interpretazione estensiva quando sussistano situazioni analoghe e similari.

In realtà, a prescindere dalla valutazione che si voglia dare del problema, non può non sottolinearsi che anche in questo caso il codice deontologico sembra obbligare il medico con estremo rigore al rispetto del segreto professionale considerato uno dei cardini della professione sin dai tempi del giuramento di Ippocrate.

Esaminando le deroghe previste dal comma 2° dell'art. 9, del codice deontologico, occorre innanzi tutto chiarire che il medico, in qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, è tenuto (v. artt. 331, 334, cpp e artt. 365, 384 c.p.) alla denuncia del reato di cui sia a conoscenza per motivo della sua funzione o al referto (cioè l'indicazione della persona alla quale è stata prestata assistenza, e, se è possibile delle sue generalità del luogo dove si trovi attualmente e quant'altro valga a identificarla nonchè del luogo, del tempo e delle altre circostanze dell'intervento).

La denuncia e il referto devono essere portati a conoscenza dell'autorità giudiziaria e quindi costituiscono indubbiamente deroghe all'obbligo del segreto professionale. Il motivo è evidente e consiste nell'assoluta priorità dell'esigenza di giustizia sulle pur importanti motivazioni di riservatezza che costituiscono l'essenza dell'obbligo del segreto professionale.

In alcuni casi, come specifica l'articolo, il medico è anche tenuto ad alcune certificazioni obbligatorie o facoltative che possono costituire anch'esse deroghe all'obbligo del segreto.

Il secondo tipo di deroghe, quelle cioè previste dalla lett. b) del terzo comma dell'articolo in commento, si basa sul c.d. consenso dell'avente diritto; cioè quando lo stesso interessato (il malato o i legali rappresentanti del minore o dell'incapace) autorizzi o addirittura richieda la divulgazione di notizie coperte dal segreto professionale.

In questo caso si applica un principio generale della scienza penalistica, previsto all'art. 5 del c.p. che testualmente prevede che "non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto con il consenso della persona che può validamente disporre". In buona sostanza non c'è miglior giudice di chi eventualmente subirebbe il danno dalla rivelazione delle notizie da tenere segrete sulla opportunità o meno della rivelazione stessa. Occorre al riguardo, peraltro, precisare che a volte l'obbligo del segreto professionale è posto a tutela di un interesse della collettività di cui neanche il paziente può essere arbitro. Il medico, in questi casi, ancorché facoltizzato dal proprio paziente alla rilevazione del segreto rimane titolare della decisione finale di divulgare o meno la notizia secondo il proprio prudente apprezzamento.

Il sistema delle deroghe, comunque, attribuisce al medico la valutazione sull'opportunità di svelare il segreto quando sia in grave pericolo la salute o la vita di terzi. A nostro avviso tale previsione, di carattere molto ampio, è pur sempre applicabile in modo più restrittivo rispetto alla "giusta causa" prevista come deroga dall'art. 622 del c.p..

La deroga di cui trattasi attribuisce al medico la responsabilità di superare l'obbligo del rispetto del segreto quando, a suo giudizio, esistano situazioni estremamente gravi che mettono a repentaglio la salute e la vita dei terzi, ferma restando la preventiva autorizzazione del Garante per la tutela dei dati personali, in relazione anche a quanto già specificato.

L'obbligo della non divulgazione del segreto professionale rimane a carico del medico anche dopo la morte del paziente a tutela del diritto alla riservatezza di cui gli eredi sono i depositari secondo le normali regole successorie quali ideali continuatori della personalità dello scomparso.

L'ultimo comma dell'articolo in commento affronta una delle problematiche più scottanti del rapporto fra deontologia medica e ordinamento giudiziario. Tale comma prevede, infatti, il divieto per il medico di testimoniare al Giudice su fatti di cui egli sia venuto a conoscenza per ragioni dipendenti dall'esercizio della professione. E' necessario subito ricordare che l'art. 200 cpp riconosce che i medici e gli altri esercenti le professioni sanitarie non hanno l'obbligo di deporre su quanto hanno conosciuto in ragione della loro professione. Si potrebbe quindi sostenere che non esiste un contrasto esplicito fra norma deontologica e norma penale.

Bisogna però sottolineare che, innanzi tutto, il segreto professionale trova già una limitazione nell'obbligo di referto (art. 365 c.p.) che sussiste sempre tranne nei casi in cui il referto stesso esporrebbe la persona assistita a procedimento penale. La giurisprudenza, inoltre, è più volte intervenuta in materia riconoscendo, pur tra qualche contrasto, la possibilità per il giudice di chiedere al medico di testimoniare quando lo stesso giudice ritenga che i fatti di cui il professionista è a conoscenza non siano legati allo svolgimento dell'attività professionale in ragione del suo stato.

Art. 10 Documentazione e tutela dei dati

Il medico deve tutelare la riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso riguardante le persone anche se affidata a codici o sistemi informatici.

Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale e deve vigilare affinché essi vi si conformino.

Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone, il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse.

Analogamente il medico non deve diffondere, attraverso la stampa o altri mezzi di informazione, notizie che possano consentire la identificazione del soggetto cui si riferiscono.

Commento

L'impianto dell'art. 10, che tratta del dovere fondamentale del medico di tutelare e garantire la riservatezza della documentazione in proprio possesso, viene nel nuovo codice di deontologia medica, semplicemente aggiornato e connesso alla nuova disciplina della privacy introdotta con la legge n. 675 del 1996.

Il titolo dell'articolo, infatti, viene ampliato in "Documentazione e tutela dei dati" proprio per sottolineare come - finalmente - l'Italia, mettendosi al pari con gli altri paesi europei ed extraeuropei, abbia inteso tutelare l'ambito dei dati cosiddetti sensibili, ossia di quei dati che riferendosi alla sfera più intima dell'individuo non devono correre il rischio di essere utilizzati in maniera distorta o, comunque, illegittima.

Il primo comma dell'articolo, risentendo di questa nuova disciplina, sottolinea la necessità per il medico di tutelare la riservatezza di questi dati personali e di tutta la documentazione a lui stesso affidata.

E' stato volutamente eliminato in questo articolo il riferimento alla diffusione dei bollettini medici, problema che, proprio perché legato alla nuova disciplina in tema di privacy, si è voluto spostare all'articolo successivo, in quanto la situazione è sembrata più aderente a quella ivi descritta.

L'art. 10, come il precedente articolo, costituisce un'applicazione del c.d. principio della riservatezza che impronta di sé tutta la materia deontologica. In quest'articolo si fa specifico riferimento all'obbligo di conservare e custodire la documentazione clinica riguardante i pazienti garantendone la riservatezza. Ovviamente tale documentazione costituisce il supporto necessario per la diagnosi, cura e terapia del malato e pertanto non devono esservi altri interessati oltre al medico o ai medici curanti.

Indubbiamente una violazione del rapporto fiduciario che lega il medico al paziente influirebbe in modo negativo anche sulla prestazione professionale in quanto si introdurrebbero degli aspetti di reticenza da parte del malato timoroso di veder resi pubblici fatti e circostanze che preferirebbe mantenere riservati. L'introduzione anche nel campo sanitario dell'informatica rende ancora più delicato questo problema e obbliga il medico a vigilare con particolare attenzione sulla riservatezza delle informazioni di cui fatalmente entra in possesso.

Il medico con il progredire dei tempi sempre più facilmente opera in collaborazione con colleghi o con altre figure professionali (infermieri, tecnici etc.).

E', peraltro, innegabile che la pubblicazione di interessanti esperienze medico-scientifiche rappresenta una garanzia fondamentale per il progresso della medicina. Anche in questa situazione si scontrano due interessi confliggenti: quello alla riservatezza del paziente che costituisce l'oggetto della pubblicazione e quello alla divulgazione scientifica dei dati e delle osservazioni ai fini del progresso della scienza medica. In questo caso (si ricordi che l'art. 9 della Cost. si preoccupa di tutelare la ricerca scientifica e tecnica) prevale il secondo interesse che deve però essere contemperato con il primo. Il medico deve, pertanto, prestare la massima attenzione affinché dai dati e dalle osservazioni non sia possibile l'identificazione dei soggetti curati.

Lo stesso principio sussiste con maggior asprezza nei rapporti tra medico e mass media. Molto spesso, infatti, personaggi pubblici rischiano di veder pubblicate o comunque diffuse notizie riguardanti la loro malattia con rilevante danno alla loro sfera di intimità ed anche alla loro dignità personale. E' ovvio che il medico, per quanto in suo potere, non può rendersi colpevole di questi comportamenti ed è tenuto anche a vigilare sui propri collaboratori affinché non trapelino notizie che possano danneggiare la riservatezza cui ha diritto anche la persona pubblica.

Art. 11 Comunicazione e diffusione di dati

Nella comunicazione di atti o di documenti relativi a singole persone, anche se destinati a Enti o Autorità che svolgono attività sanitaria, il medico deve porre in essere ogni precauzione atta a garantire la tutela del segreto professionale.

Il medico, nella diffusione di bollettini medici, deve preventivamente acquisire il consenso dell'interessato o dei suoi legali rappresentanti.

Il medico non può collaborare alla costituzione di banche di dati sanitari, ove non esistano garanzie di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata della persona.

Commento

Ricollegandosi a quanto detto per l'articolo precedente, l'art. 11 viene modificato sostanzialmente rispetto al precedente del codice del 1995.

Il titolo, infatti, da "Cartelle cliniche e documentazione" si trasforma in "Comunicazione e diffusione dati" proprio per sottolineare la delicatissima responsabilità che vede spesso il medico in prima linea nella trasmissione, comunicazione e diffusione di quanto viene a sua conoscenza, per la qualifica che egli stesso riveste.

Quindi un momento delicatissimo che, con l'art. 11, riceve una tutela specifica e decisamente rafforzata rispetto al passato. E' storia recente il problema connesso alla diffusione di bollettini medici riguardanti soggetti di particolare notorietà.

Viene sottolineato con maggiore forza rispetto al passato, anche se il tema del consenso è materia che già nel codice del 1995 ha costituito elemento di svolta di tutta la normativa deontologica, la necessità dell'acquisizione preventiva del consenso sia dell'interessato che, eventualmente, dei legali rappresentanti nel caso si renda necessaria la diffusione di bollettini medici.

CAPO IV - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI TERAPEUTICI**Art. 12 Prescrizione e trattamento terapeutico**

La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico.

Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente.

Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle prevedibili reazioni individuali, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate.

Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica, nonché di terapie segrete.

In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili.

La prescrizione di farmaci, per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o non ancora autorizzate al commercio, è consentita purchè la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata.

In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti.

E' obbligo del medico segnalare tempestivamente alle autorità competenti, le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico.

Commento

Questo articolo è fondamentale all'interno del codice ed è da ritenere, indubbiamente, punto di snodo dell'intero impianto codicistico. Come già detto il procedimento seguito per l'approvazione del nuovo codice di deontologia medica è stato caratterizzato da una rafforzata democraticità di confronto. Il dibattito all'interno degli Ordini su principi fondamentali e sul dettaglio dell'impianto codicistico è stato particolarmente serrato e l'art. 12 è stato uno degli articoli maggiormente approfonditi proprio per la

significatività degli elementi contenuti nel testo stesso, primo fra tutti l'introduzione del principio dell'uso appropriato delle risorse economiche, principio che non può, comunque, condizionare l'autonomia del medico nelle appropriate scelte diagnostiche e terapeutiche.

Si tratta di un principio voluto proprio perché rispondente a indirizzi e scelte ormai acquisiti a livello nazionale e internazionale. In questo senso è stata sottolineata la necessità di una equa allocazione delle risorse economiche a disposizione, anche attraverso la responsabilizzazione del medico, nell'interesse dell'intera collettività.

Nell'art. 12 è rimarcata l'autonomia che accompagna il medico nella programmazione, nella scelta del presidio diagnostico terapeutico da applicare, da confrontare con la libertà di scelta che a ciascun cittadino è riconosciuta; libertà comunque supportata da una effettiva e consapevole assunzione di responsabilità in caso di rifiuto di cure proposte.

L'ultima parte dell'art. 12 sottolinea con particolare forza il principio di autonomia del medico, di responsabilità dello stesso riguardo alle scelte terapeutiche da effettuare. Si sottolinea il dovere del medico di accedere alle richieste del paziente, ma assolutamente di respingerle laddove queste fossero in contrasto con quei principi di scienza e coscienza che sono fondamento etico dell'esercizio professionale.

Quest'articolo costituisce una summa di principi basilari per l'attività professionale del medico.

L'autonomia professionale è una delle caratteristiche che contraddistinguono il professionista anche in rapporto di lavoro subordinato. Nell'ambito della prestazione professionale cui il medico è quotidianamente chiamato esiste un ambito di discrezionalità culturale e tecnica e un'indipendenza, anche gerarchica, del professionista che, sotto la propria responsabilità, si occupa della diagnosi, della cura e della terapia del paziente.

A questo potere discrezionale corrisponde una correlativa responsabilità civile, penale e deontologica per eventuali errori inescusabili commessi. Molto ampio e delicato il dibattito che si sta ancora svolgendo, in dottrina e giurisprudenza, sulla natura della responsabilità professionale con particolare riferimento al grado della colpa che può rendere il medico "imputabile" da un punto di vista penale o, comunque, obbligarlo al risarcimento dei danni da un punto di vista civilistico.

Come è noto la responsabilità civile del prestatore d'opera intellettuale, e quindi anche del medico, è limitata solo al dolo o alla colpa grave se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di "speciale" difficoltà (art. 2336 c.c.).

Questa limitazione che riguarda soltanto il campo del diritto civile si applicherebbe non soltanto alla responsabilità contrattuale, ma anche a quella extracontrattuale cioè derivante da fatto illecito (cfr. Cass. 81/1544 e Cass. 71/1282). Questa limitazione di responsabilità era in passato applicata anche al campo penalistico contribuendo a creare un tipo di responsabilità per il professionista più attenuata rispetto a quella relativa alla normalità dei cittadini. Vi è da dire che ultimamente questi orientamenti sono stati modificati dalla giurisprudenza in varie sentenze in cui è stata sancita la responsabilità del professionista secondo i comuni canoni della colpa scaturente da imprudenza, imperizia e negligenza. Senza pretendere di sintetizzare tutta la complessa problematica della c.d. colpa professionale e della correlativa responsabilità è però opportuno fare cenno al concetto di consenso informato. Il medico deve, cioè, ottenere il consenso alle cure o agli interventi che intende realizzare da parte del paziente stesso ove possibile o, altrimenti, dai suoi legali rappresentanti. Il consenso in forma scritta è, ovviamente, necessario quando si tratti di interventi delicati e pericolosi per la vita del paziente stesso.

Il medico, a questo riguardo, deve fornire la necessaria e completa informazione affinché tale consenso non possa essere considerato frutto di ignoranza sulle effettive conseguenze dell'attività del medico.

E' opportuno, infine, segnalare che da un punto di vista processuale e di prova, secondo i normali canoni giuridici, al medico, come a qualsiasi altro professionista, spetta l'obbligo di dimostrare di aver svolto il proprio incarico professionale: spetterà, invece, al paziente provare di aver subito un danno derivante dalla colpa del professionista stesso.

Il medico, come qualsiasi altro libero professionista, è tenuto a fornire prestazioni di carattere tecnico e culturale fondate su precise conoscenze ed esperienze derivanti, a loro volta, dalla scienza ufficiale che, come è noto, si evolve in continuazione. Da ciò emerge l'obbligo dell'aggiornamento professionale che costituisce, peraltro, oggetto specifico del successivo art. 16 del codice deontologico.

Le prescrizioni e i trattamenti terapeutici devono, poi, essere ispirati al principio del c.d. "rischio-beneficio". I pericoli e le controindicazioni della cura devono cioè essere bilanciati dalla possibilità di successo o, comunque, di buon risultato della cura stessa. Quello che il comma dell'articolo in commento vuol significare è che deve essere evitata la c.d. "temerarietà professionale", cioè una condotta che non tenga conto di

possibili complicazioni e di eventuali conseguenze dannose, ispirata a una ottimismo, ma non completamente fondata, fiducia sulle potenzialità positive della cura e dell'intervento prescelto.

Il medico è tenuto ad una adeguata conoscenza dei farmaci e dei loro effetti e conseguenze anche nelle prevedibili reazioni individuali. È tenuto, inoltre, a conoscere le caratteristiche e la natura dei mezzi diagnostici che utilizza e prescrive. Naturalmente il livello di diligenza e di conoscenza cui il medico è tenuto non può essere, sempre e comunque, del livello dello scienziato di fama internazionale. La giurisprudenza ha già da tempo chiarito che il punto di riferimento per comprendere se ci siano colpe del medico è quello basato sulla diligenza di quel tipo medio di buon professionista della stessa categoria cui appartiene il medico di cui trattasi. La valutazione sul comportamento del medico non può, ovviamente, essere limitata soltanto a criteri freddamente oggettivi e tecnici, ma deve essere aperta alle particolari condizioni in cui si svolge l'atto medico, legate al rapporto di personalità della prestazione professionale e di fiduciarità nei confronti del paziente.

L'adozione da parte del medico di terapie nuove deve essere limitata all'ambito della sperimentazione clinica e non può quindi sussistere nel campo del rapporto di cura con il paziente. Il codice deontologico dedica alla questione della sperimentazione clinica vari articoli cui rimandiamo per l'approfondimento delle relative tematiche.

La giurisprudenza ha da tempo riconosciuto al medico la "libertà di scelta terapeutica": il che consente al professionista di utilizzare terapie anche non strettamente tradizionali e comunemente praticate purché si attenga sempre alle regole della prudenza e del rispetto delle conoscenze scientifiche. Il medico, in buona sostanza, cade nella colpa professionale e nella relativa responsabilità quando il trattamento terapeutico da lui utilizzato non trovi alcun supporto o giustificazione scientifica. Eguale responsabilità sussiste, qualora in presenza di trattamenti terapeutici di comprovata efficacia, il medico scelga senza validazione terapie non ancora sufficientemente garantite e sperimentate.

Art. 13 Pratiche non convenzionali- Denuncia di abusivismo

La potestà di scelta di pratiche non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale, fermo restando, comunque, che qualsiasi terapia non convenzionale non deve sottrarre il cittadino a specifici trattamenti di comprovata efficacia e richiede l'acquisizione del consenso.

È vietato al medico di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire chi eserciti abusivamente la professione anche nel settore delle cosiddette "pratiche non convenzionali".

Il medico venuto a conoscenza di casi di esercizio abusivo o di favoreggiamento o collaborazione anche nel settore delle pratiche di cui al precedente comma, è obbligato a farne denuncia anche all'Ordine professionale.

Il medico che nell'esercizio professionale venga a conoscenza di prestazioni mediche e/o odontoiatriche effettuate da non abilitati alla professione è obbligato a farne denuncia anche all'Ordine di appartenenza.

Commento

È stato inserito nell'impianto dell'attuale codice all'art. 13 l'argomento relativo alle pratiche non convenzionali.

Il precedente codice inseriva questa materia al Titolo V "Rapporti con i terzi", Capo II – Partecipazione ad attività economiche. Denuncia dell'abusivismo. Si è ritenuto, al contrario, opportuno che l'ambito delle pratiche non convenzionali che ha assunto ormai una portata anche di tipo economico rilevantissima si collochi meglio nell'attuale Capo III "Obblighi peculiari del medico", proprio a sottolineare quelli che sono i doveri del medico, laddove si trovi a dover rispondere a specifiche richieste del cittadino relative a trattamenti non riconosciuti dalla medicina ufficiale.

L'art. 13 è estremamente chiaro nella sua formulazione, in quanto sottolinea il principio di autoregolamentazione della responsabilità professionale del medico che assume carattere più incisivo laddove si tratti di terapie non convenzionali. Il medico dovrà impegnarsi a far sì che il cittadino non si sottragga a specifici trattamenti di comprovata efficacia, perseguendo illusorie speranze di guarigione.

I trattamenti della medicina cosiddetta non convenzionale sono un argomento che ha investito direttamente e recentemente la Federazione. La Commissione appositamente nominata al fine di approfondire questo delicato argomento è arrivata alla conclusione di non potere più ignorare un ambito di esercizio medico estremamente ampio, fondato su una richiesta sempre più crescente della popolazione. In questo senso la Federazione ha consentito agli Ordini provinciali di riportare in elenchi conservati presso l'Ordine - a fini esclusivamente cognitivi e non certamente valutativi - i nominativi di tutti quei medici che esercitano le diverse pratiche non convenzionali.

Si è inteso con questa iniziativa ribadire, comunque, che l'esercizio di pratiche non convenzionali è riservato ai medici.

Art. 14 Accanimento diagnostico- terapeutico

Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita.

Commento:

Questo articolo insieme ai successivi articoli 36 e 37 dedicati rispettivamente ai temi dell'eutanasia e dell'assistenza al malato inguaribile, costituisce una summa dei doveri del medico di fronte al malato inguaribile. Questo articolo in particolare deve essere letto come un esempio pratico dell'orientamento insito in tutto il nuovo codice di deontologia medica relativamente al rispetto della personalità del malato e al rapporto paritario fra medico e paziente. Come attraverso il divieto dell'eutanasia non è permesso al medico di compiere alcun atto diretto alla soppressione della vita, così con questo articolo, correlativamente, si vieta l'accanimento diagnostico terapeutico consistente in una inutile ostinazione in trattamenti che non possono né salvare la vita del paziente né migliorare la qualità della vita residuale.

Se il concetto di accanimento terapeutico può essere sufficientemente chiaro occorre, invece, specificare che si parla di accanimento diagnostico quando il medico, pur in presenza di una prognosi infausta continui a sottoporre un paziente ad esami e a ricerche inutili (si pensi ad una malattia neoplastica in cui il tumore abbia dato origine a varie metastasi senza che il medico abbia avuto la possibilità di scoprire qual è la forma originaria).

Naturalmente si è in presenza di situazioni drammatiche in cui il medico spesso può trovarsi solo davanti alla propria coscienza e sotto la spinta emozionale dei parenti del malato che umanamente potrebbero indurlo a tentare anche l'impossibile e addirittura il dannoso pur di mantenere qualche speranza. Occorre innanzi tutto chiarire che lo stesso art. 37 del codice deontologico fornisce alcuni orientamenti sui compiti del medico di fronte a malattie a prognosi sicuramente infausta.

In riferimento all'accanimento diagnostico-terapeutico e in contrapposizione a questo è utile invece accennare alla medicina palliativa quale risposta adeguata che il medico può dare di fronte al malato inguaribile.

La medicina palliativa si preoccupa di assicurare, per quanto possibile, la libertà dal dolore, libertà da altri sintomi (vomito, insonnia, etc.), la conservazione di una certa autonomia fisica e, ove possibile, la conservazione di un ruolo sociale e familiare.

Art. 15 Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica

I trattamenti che comportino una diminuzione della integrità e della resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.

Commento:

L'attuale formulazione dell'articolo rispecchia quasi completamente il vecchio testo del 1995, a parte l'aggiunta "... e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze" e tutelarne, per quanto possibile, la qualità della vita.

Si è inteso, in tal modo, sottolineare e precisare che il trattamento di particolare rilievo debba essere finalizzato in maniera esclusiva al beneficio clinico del malato per alleviarne le sofferenze.

Si tratta, quindi, di trattamenti che responsabilizzano il medico nella valutazione più attenta delle conseguenti indicazioni terapeutiche.

L'articolo vuole chiarire che il medico nel suo incontro con la malattia inguaribile non deve mai perdere di vista la dignità dell'uomo.

Il paziente non deve mai divenire "un campo di battaglia" di una contesa fra il medico e la morte: in questo modo la medicina rischia di diventare pratica freddamente tecnologica e parossisticamente competitiva.

CAPO V - OBBLIGHI PROFESSIONALI

Art. 16 Aggiornamento e formazione professionale permanente

Il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico.

Commento:

Con questo articolo l'Ordine professionale rivendica con piena coscienza il proprio compito di garante insostituibile dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente del medico e dell'odontoiatra, in ferma opposizione ad alcune iniziative legislative che vorrebbero esautorare da questo compito fondamentale per relegarlo a un mero ruolo notarile.

E' giusto, peraltro, osservare che il progresso continuo ed estremamente veloce della scienza medica, il diversificarsi sempre più delle varie branche di specializzazione non possono permettere al singolo medico, benchè diligente e coscienzioso, di essere al corrente di tutte le acquisizioni scientifiche. Si deve rilevare, però, che l'obbligo di aggiornamento si sostanzia più che altro in una "tensione morale" che deve spingere il medico a migliorare le proprie conoscenze per offrire ai pazienti prestazioni professionali il più possibile adeguate alle loro necessità.

L'obbligo dell'aggiornamento professionale ha rilevanza anche deontologica: si ritiene che alcune mancanze professionali causate dalla scarsa preparazione culturale, provocata dal trascurato aggiornamento, possano costituire oggetto di procedimento disciplinare a carico del medico che se ne renda colpevole. Inoltre il medico che non si preoccupi di mantenersi aggiornato può procurare discredito all'intera categoria concedendo all'Ordine la facoltà di intervenire disciplinarmente.

Dopo aver sottolineato che, comunque, è la coscienza professionale del medico che deve costituire il primo fondamentale stimolo per soddisfare l'esigenza di aggiornamento e di formazione permanente, è opportuno rilevare che quest'obbligo ha rilevanza anche giuridica e che la sua violazione può essere considerata anche come colpa professionale in senso tecnico. L'art. 2 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, prevede esplicitamente, tra gli obiettivi da perseguire, la formazione professionale permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del S.S.N..

titolo 3° - RAPPORTI CON IL CITTADINO

CAPO I - REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO

Art. 17 Rispetto dei diritti del cittadino

Il medico nel rapporto con il cittadino deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona.

Commento:

La tradizionale terminologia "paziente" del Codice è stata, non completamente, sostituita, ma fortemente innovata, rispetto ai Codici precedenti.

Si è volutamente scelto di utilizzare in prevalenza il termine cittadino laddove si è inteso sottolineare una universalità di principi fondamentali. L'art. 17 è appunto uno di questi articoli, particolarmente significativo, che può essere considerato chiave di lettura utile per individuare l'esatta prospettiva secondo cui la professione medica si colloca nell'ambito della società.

Si è al contrario fatto ricorso alla terminologia "persona assistita" o "malato" laddove si è inteso scongiurare il rischio di letture paternalistiche e anacronistiche del rapporto medico cittadino, oltre che il frequente errore

di significato riguardo alla parola paziente intesa quasi sempre come colui che sopporta quando invece letteralmente dal latino patior è da tradurre in colui che soffre.

Con il nuovo art. 17 cambia, in via generale, l'impostazione del rapporto medico-paziente. Da posizione passiva si passa a quella attiva di tutela e di rispetto dei suoi diritti fondamentali, dando un chiaro segnale di un diverso proporsi del rapporto medico-paziente. Nell'ambito di tale rapporto la posizione obiettivamente predominante del medico - dovuta alle sue competenze professionali, alla rilevanza del bene salute che si trova a gestire, all'affidamento psicologico che il paziente ha nei suoi confronti- deve, comunque, essere dal medico stesso fatta oggetto di un'opera continua di bilanciamento e riequilibrio con la posizione della persona assistita così da garantire il rispetto dei diritti di quest'ultimo in quanto persona.

Si è operato nel nuovo codice un importante recepimento di principi fondamentali della Carta Costituzionale (art. 2 e 3 Cost.) e, quindi, una trasformazione di tali principi da norma giuridica a norma deontologica.

Questa scelta non è di secondario rilievo; infatti da un pregresso divieto di strumentalizzazione della propria posizione professionale a fini di prevaricazione e di dominio psicologico sul paziente si è passati a una funzionalizzazione di detta posizione, al riconoscimento e al rispetto dei diritti fondamentali del paziente, ulteriori e non secondari rispetto a quello della salute sancito dall'art. 32 della Costituzione.

L'art. 17 è in parte una traduzione ancor più puntuale del principio espresso dalla Conferenza Internazionale degli Ordini dei Medici (anno 1987), secondo cui "... il medico non può sovrapporre la sua concezione di vita a quella del paziente" e, in parte, è anche un superamento di tale principio in quanto nella stessa formulazione della norma deontologica viene tratteggiato un rapporto medico-paziente in cui le rispettive posizioni sono ab origine paritarie e non vi è più alcun accenno alla predominanza della posizione del professionista.

Di ciò si ha poi riscontro e conferma in altre norme dello stesso codice quali quelle concernenti l'informazione e il consenso del paziente

L'articolo in esame è, sostanzialmente, l'indice del mutamento, intervenuto in ambito sociale, del rapporto medico-paziente, che è divenuto paritario, per una serie di ragioni fra cui la crescita del livello culturale medio e la maturata coscienza dei diritti individuali.

Il mutamento del rapporto medico-cittadino, anche in ambito sociale e giuridico, esalta il vero significato della deontologia medica.

Art. 18 Competenza professionale

Il medico deve garantire impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare.

Egli deve affrontare i problemi diagnostici con il massimo scrupolo, dedicandovi il tempo necessario per un approfondito colloquio e per un adeguato esame obiettivo, avvalendosi delle indagini ritenute necessarie.

Nel rilasciare le prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative deve fornire, in termini comprensibili e documentati, tutte le idonee informazioni e verificarne, per quanto possibile, la corretta esecuzione.

Il medico che si trovi di fronte a situazioni cliniche, alle quali non sia in grado di provvedere efficacemente, deve indicare al paziente le specifiche competenze necessarie al caso in esame.

Commento:

Questo articolo deve essere letto alla luce del principio enunciato nel precedente concernente la necessità del massimo rispetto dei diritti del cittadino da parte del medico.

Nell'articolo viene chiaramente enunciato l'obbligo del medico di garantire il massimo impegno e il massimo scrupolo in tutti i suoi rapporti professionali con il cittadino.

Nel primo comma dell'articolo è stato anche inserito il principio che il medico non deve assumersi obblighi, si intende di risultato professionale, che non sia in condizione di soddisfare .

Viene anche enunciata chiaramente la necessità di un rapporto stretto con il cittadino attraverso l'approfondito colloquio e la necessità dell'utilizzazione di tutto il tempo necessario per garantire i risultati attesi.

Il rapporto medico-cittadino deve essere caratterizzato sia dalla puntuale e completa informazione, sia dalla necessità dell'utilizzazione di terminologie comprensibili, che non allontanino il cittadino dal medico e che,

principalmente, gli garantiscano la possibilità di comprendere correttamente le informazioni e le prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative fornite dal professionista.

Anche da tale norma emerge la scelta operata a favore di un modello di medicina che viene definito dal C.N.B. "della beneficiabilità". Secondo tale modello "viene riconosciuto come imprescindibile l'impegno morale del singolo professionista ad agire nell'interesse del malato, considerato nella sua globalità. Sempre in questo modello la tutela della salute personale (salute che non coincide con la riparazione di un ingranaggio guasto nè con la normalizzazione di un parametro biologico alterato) esige una significativa comprensione dei vissuti, delle speranze, delle paure di chi soffre e perciò richiede che il medico possieda e coltivi alcune qualità umane (capacità d'ascolto e di dialogo, sensibilità psicologica, delicatezza di tatto) che lo abilitino ad adempiere ai suoi doveri professionali". (La nostra società e i modelli di medicina - CNB 20 giugno 1992 - Informazione e consenso all'atto medico).

L'art. 18 va considerato anche come un interessante esempio di trasposizione in termini deontologici di obblighi giuridici.

Il primo comma dell'articolo in esame, laddove sancisce il dovere del medico di "garantire al paziente impegno e competenza professionale", opera, infatti, in termini sintetici ed efficaci una individuazione del modello comportamentale in grado di evitare al medico ciò che in campo giuridico è la responsabilità per colpa professionale che, come è noto, può derivare da negligenza, imperizia o imprudenza.

Art. 19 Rifiuto d'opera professionale

Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona assistita.

Commento:

Il titolo dell'articolo è stato ridefinito rispetto al testo del 1995. Si è, infatti, eliminato il riferimento specifico alla obiezione di coscienza. Questa scelta nasce dalla volontà di dare all'articolo stesso un'ampiezza etica che il riferimento all'obiezione di coscienza, legislativamente disciplinata da tre specifiche leggi – una riguardante il rifiuto di espletare il servizio militare e le altre di maggiore interesse per la professione medica, relativa alla interruzione volontaria della gravidanza e alla sperimentazione sugli animali - avrebbe forse ridotto.

La valenza del presente articolo è rinvenibile dal rilievo etico che è un elemento fondamentale della professione insito nella natura stessa dell'attività medica, che ha nella tutela della salute il proprio fondamentale e principale obiettivo, in risposta a quello che è costituzionalmente un diritto riconosciuto al cittadino.

Il principio che in questo articolo viene sottolineato trova le proprie radici nella nostra carta costituzionale ed ha carattere universale.

La Repubblica, infatti, riconosce e garantisce i diritti inviolabili della persona, tra i quali anche quello di aderire liberamente a varie impostazioni culturali e ideologiche.

Il cittadino è tenuto al rispetto della norma positiva, ma nel caso di profondi contrasti con i propri principi morali, può essere eccezionalmente autorizzato dalla norma stessa a rifiutare l'adempimento di un obbligo stabilito dalla legge.

Al di là delle questioni più rilevanti concernenti l'obiezione di coscienza, così come prevista e disciplinata nella legge 194/78 va, comunque, rilevato come tale facoltà nel codice deontologico sia oggetto di una previsione di carattere generale che la connette a qualsiasi tipo di intervento sanitario che abbia implicazioni con convinzioni d'ordine morale e clinico del medico stesso.

Tale previsione, proprio per la sua ampiezza, comporta, però, la necessità di un raccordo con quella, pure d'ordine generale di cui all'art. 17 del medesimo codice, che sancisce l'obbligo al medico, nel rapporto con il paziente, d'improntare la propria attività personale al rispetto dei diritti fondamentali della persona.

Da ciò il difficile bilanciamento tra i diritti di libertà e gli autonomi convincimenti del paziente e del medico, relativamente a tutta una serie di interventi sanitari rispetto ai quali si registrano diversi orientamenti etici.

Come esempio più significativo al riguardo, basti accennare alla problematica della contraccezione e in particolare alla scelta delle diverse metodiche; si sono, infatti, registrati da parte di sanitari di stretta osservanza cattolica episodi di rifiuto di prescrizione di contraccettivi orali.

Su tali questioni, al di là di implicazioni e conseguenze d'ordine giuridico, tanto più stringenti nel caso di sanitari dipendenti o convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, nei confronti dei quali sono configurabili eventuali responsabilità civili e penali, la valutazione di carattere deontologico va svolta proprio

sulle direttrici poste dagli artt. 17 e 19 del codice di deontologia. Tali articoli delineano il rapporto medico-paziente come incontro di due coscienze con pari dignità, rapporto che deve svolgersi nel rispetto reciproco delle convinzioni etiche e religiose.

Va, pertanto, considerato nello svolgimento della valutazione suddetta, quale sia la rilevanza della sfera di libertà, autonomia e indipendenza, rispettivamente del medico e del paziente, coinvolti in determinate scelte e fino a che punto e come le opzioni etiche o religiose dell'uno possano o non possano incidere nella sfera dell'altro, nella ricostruzione di un'armonica sintesi di quanto affermato anche dall'art. 4 del codice deontologico.

Meno problematico appare, invece, il rifiuto opposto dal medico a prestare la propria opera in interventi che contrastino con il suo convincimento clinico. In tali ipotesi, infatti, la personale responsabilità del sanitario per la sua opera professionale lascia a lui la più ampia libertà, fornendo idonee motivazioni, sulla scelta di come operare e su tale punto non c'è alcuna necessità di bilanciamenti con diversi interessi.

Art. 20 Continuità delle cure

Il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure.

In caso di indisponibilità, di impedimento o del venir meno del rapporto di fiducia deve assicurare la propria sostituzione, informandone il cittadino e, se richiesto, affidandolo a colleghi di adeguata competenza.

Il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenirne la sofferenza fisica e psichica.

Commento

Il nuovo testo dell'art. 20 del codice di deontologica medica ricalca sostanzialmente la stesura precedente. E' da notare che è stato inserito, tra i casi in cui è necessario comunque garantire al cittadino la continuità delle cure, anche quello relativo al venire meno del rapporto di fiducia tra medico e cittadino stesso.

Anche in questo caso rimane fermo l'obbligo del medico di garantire la necessaria continuità delle cure onde evitare nocimento al malato.

Nell'articolo è pure previsto che la continuità delle cure può essere assicurata ovviamente anche attraverso l'affidamento del cittadino a un collega che garantisca adeguata competenza professionale.

In tale articolo si opera una puntualizzazione, secondo una visuale specifica concernente l'erogazione delle cure, di quanto nel precedente art. 18 viene indicato come obbligo di impegno che il medico deve garantire al paziente. Nel primo comma viene infatti stabilito il dovere del medico di assicurare la continuità delle cure. Tale dovere, in caso di indisponibilità o impedimento, implica la sostituzione con colleghi di adeguata competenza professionale, previa informazione al paziente che può accettare o rifiutare l'assistenza del sostituto, in base al principio del rapporto fiduciario.

Al medico viene riconosciuto il diritto, nel caso sia necessaria la collaborazione con colleghi o con altre figure professionali, di instaurare tali rapporti collaborativi solo con operatori di propria fiducia. Ciò è pienamente giustificato dal fatto che, ferma restando la responsabilità di ognuno per l'opera prestata, persistono comunque per la connessione dei diversi interventi che si operano sullo stesso soggetto, ambiti di responsabilità comune, che richiedono che la collaborazione per essere veramente tale si fondi su di un preliminare e imprescindibile rapporto di fiducia tra tutti gli operatori.

L'ultimo comma dell'articolo sancisce il dovere del medico di continuare l'assistenza anche nel caso di malattia incurabile anche solo al fine di lenire la sofferenza fisica e psichica.

Tale previsione è un'ulteriore indicazione della scelta su cui si fonda il codice, a favore di un rapporto medico-paziente che non deve essere considerato solo in una prospettiva di efficienza tecnicistica, ma, anche, di umana solidarietà.

Tale impostazione riveste una particolare rilevanza soprattutto con riferimento a gravi patologie quali le neoplasie o l'AIDS. Proprio con riferimento a tale seconda patologia vanno tenuti presenti gli episodi e i casi, fortunatamente eccezionali, di rifiuto di prestazione fondato sulla paura di un possibile contagio, rifiuto deontologicamente inaccettabile.

Al riguardo va rammentato che oltre alla norme deontologiche l'art. 5, legge 135/90, stabilisce che "gli operatori sanitari, che, nell'esercizio della loro professione, vengano a conoscenza di un caso di AIDS, ovvero di un caso di infezione da HIV, anche non accompagnato da stato morboso, sono tenuti a prestare la necessaria assistenza adottando tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita".

Va, comunque, evidenziato che si ritiene giustificato il rifiuto di assistenza al soggetto infetto da HIV da parte dell'operatore in stato di gravidanza, allorchè non esistano adeguati mezzi di tutela o di prevenzione o non siano sufficienti quelli adottati dalla madre al fine di escludere il rischio di contagio per il concepito della cui salute la madre non può disporre.

Sulla problematica accennata risulta di particolare interesse la raccomandazione n. R (89) 14 del Consiglio d'Europa, concernente i problemi etici relativi alla infezione da HIV nelle strutture sanitarie e sociali (punto c n.ri 69, 70, 71, 72), secondo la quale: "tutti gli operatori hanno l'obbligo di prestare assistenza alle persone infette da HIV e ai pazienti malati di AIDS; solo quando la protezione del singolo operatore sia chiaramente insufficiente (per mancanza di equipaggiamento protettivo, di formazione, ecc.) l'operatore sanitario può rifiutarsi di eseguire prestazioni che comportino rischi. Perciò l'operatore sanitario non può rifiutarsi per motivi etici e/o contrattuali di curare un paziente la cui condizione patologica rientri nel suo normale dominio di competenza per il solo motivo della sieropositività del paziente stesso. Ogni operatore sanitario che non sia in grado di provvedere all'assistenza e alle prestazioni professionali richieste da una persona con AIDS, dovrebbe affidare il paziente a quei medici o servizi che sono attrezzati per provvedere a tali prestazioni; fino a quando ciò non sia possibile il medico deve prendersi cura del paziente al meglio delle sue capacità. Il principio della libera scelta spettante ai medici, nel curare o meno i pazienti, deve essere applicato in modo tale da non configurare forme di discriminazione nei confronti dei pazienti o gruppi di pazienti; dovrebbe essere, altresì, coerente con le regole che presiedono alla relazione medico-paziente".

Art. 21 Documentazione clinica

Il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa, o dei suoi legali rappresentanti, o di medici e istituzioni da essa indicati per iscritto.

Commento:

In questo articolo viene sottolineata la posizione che deve assumere il medico laddove, nell'interesse della salute del paziente, debba mettere a disposizione i documenti e i dati in suo possesso, sia del paziente sia dei legali rappresentanti o, comunque, di chiunque altro venga dal paziente indicato per iscritto.

La lettura di questo articolo risente oggi dell'emanazione della legge sulla riservatezza dei dati personali, n. 675/96, che è stata un punto di svolta relativamente alla tutela dei dati clinici.

La problematica relativa al trattamento dei dati sensibili del paziente che in precedenza, con il codice deontologico del 1995, era esclusivamente regolata da generali principi non normativi di tutela della riservatezza dei dati stessi, oggi, in presenza di un intervento legislativo specifico è da interpretare sottolineando la posizione di titolarità del cittadino riguardo alla propria documentazione clinica. La disponibilità e divulgazione di detti elementi resta completamente a disposizione del soggetto interessato.

Per quanto attiene alla documentazione clinica relativa a un paziente, quindi, per l'uso e la diffusione della stessa, al di là della individuazione a livello giuridico del soggetto titolare di un diritto di proprietà sulla medesima, nella prospettiva di un comportamento deontologicamente corretto, è necessario porre come criterio direttivo l'interesse esclusivo del malato.

Non sono perciò giustificabili comportamenti volti a ostacolare o impedire la conoscenza da parte del paziente della documentazione relativa al suo stato di salute. Nè simili atteggiamenti possono trovare idonea giustificazione con il ricorso al segreto professionale o con la tutela della riservatezza. In ordine alla riservatezza, infatti, il paziente cui la documentazione si riferisce, o il suo legale rappresentante può legittimamente disporre della documentazione che riguarda il suo stato di salute e, per ciò che attiene al segreto professionale, questo non può evidentemente riguardare il diretto interessato il cui stato di salute è l'oggetto della documentazione.

Art. 22 Certificazione

Il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al cittadino certificati relativi al suo stato di salute.

Il medico, nel redigere certificazioni, deve valutare e attestare soltanto dati clinici che abbia direttamente constatato.

Commento:

Tra le funzioni fondamentali del medico va ricompresa quella certificativa. Attraverso il certificato il medico formula un'attestazione di fatti biologici tecnicamente obiettivi.

Il certificato in taluni casi deve, peraltro, riportare anche una valutazione del dato obiettivo constatato, valutazione che andrà svolta, a seconda della necessità, in riferimento alla idoneità al lavoro, alla frequenza scolastica, allo svolgimento delle attività sportive ed altri adempimenti.

I certificati medici vanno distinti dalle prescrizioni poichè nei primi l'elemento prevalente è quello della dichiarazione di verifica di determinati stati e non l'indicazione della necessità di una determinata terapia.

Tra i due documenti vi è comunque un medesimo nesso concettuale costituito dal giudizio clinico su cui si fonda sia il certificato che la prescrizione.

Per una definizione dal punto di vista giuridico della certificazione medica, per la determinazione dell'efficacia probatoria della stessa e per le conseguenze che ne possono derivare appaiono significative le massime di sentenze che di seguito riportiamo

Cass. - Sez. V, 3 luglio 1979 - "Affinchè un documento proveniente da un medico possa qualificarsi certificato medico, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 481 C.P., è necessario che il suo contenuto rappresenti in tutto o in parte una "certificazione", cioè che attesti fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità".

Cass. - 8 ottobre 1957 - " Anche nel giudizio medico può cogliersi la deformazione della verità che costituisce l'elemento obiettivo del reato di cui all'art. 481 C.P., quando in esso sia implicita la rappresentazione non corrispondente al vero dei fatti morbosi che ne sono il presupposto; pertanto il reato di falsità in certificati sanitari sussiste non solo quando la falsità incida nell'attestazione delle attività svolte in concreto dall'autore del documento, ma anche quando essa concerna i presupposti di fatto esplicitamente dichiarati o implicitamente contenuti nel giudizio diagnostico o terapeutico".

Corte dei Conti - Sezioni riunite - 11 gennaio 1993 - "La presunzione di verità fino a querela di falso ex artt. 2699 e 2700 c.c. deve ritenersi limitata ai fatti oggetto di certificazione e non anche ai giudizi o agli effetti ulteriori dei fatti stessi, con la conseguenza che, in quanto dichiarazione di scienza, il certificato medico può espletare la sua efficacia probatoria privilegiata anche nel processo ma limitatamente ai fatti oggetto di certificazioni e non anche quanto agli effetti ulteriori che non potevano essere percepiti o previsti dall'ufficiale certificatore al momento dell'accertamento; e, pertanto, in ordine alla natura e ai limiti invalidanti delle infermità accertate, il certificato medico che ha dato poi luogo a provvedimenti di congedo o aspettativa è un semplice mezzo di prova per vincere il quale non occorre lo strumento della querela di falso e invece concorre con ogni altro mezzo di prova alla formazione del convincimento del giudice."

La certificazione attestante talune infermità (sindrome ansiosa, ulcera gastrica, distonia vegetativa ecc.) - di per sè comportante astrattamente un giudizio di infermità invalidante e di impedimento delle prestazioni lavorative - deve essere valutata anche alla luce delle prove contrarie."Cass. - Sez. VI Penale - 24 maggio 1977 e Sez. V Penale - 16 febbraio 1981 - " Il reato di falsità ideologica in certificazioni amministrative deve ritenersi sussistente in tutti i suoi elementi quando il giudizio diagnostico espresso dal medico certificante si fonda su fatti esplicitamente dichiarati o implicitamente contenuti nel giudizio medesimo, che siano non rispondenti al vero e che ciò sia conosciuto da colui che ne fa attestazione".

Essendo la veridicità requisito sostanziale, fondamentale del certificato, possono interessare i medici, a seconda della qualifica giuridica che assumano nell'esercizio professionale (quale pubblico ufficiale o incaricato di un pubblico servizio: il certificato ha natura di pubblico atto; quale esercente un servizio di pubblica necessità: il certificato è scrittura privata) i reati di falso previsti negli artt. da 476 a 493 bis del codice penale.

L'art. 22 del codice deontologico fissa per il medico una serie di precisi obblighi concernenti la certificazione.

- Obbligo del rilascio del certificato su richiesta del paziente e direttamente al paziente medesimo

Il medico non può rifiutare la consegna diretta al paziente di un certificato relativo al suo stato di salute e ciò indipendentemente dal fatto che il certificato richiesto sia uno di quelli dovuti ai sensi delle varie convenzioni (es. di medicina generale) e/o previsti da precise disposizioni di legge, o semplicemente facoltativo, cioè destinato a un uso strettamente privato.

Il certificato è da consegnare al soggetto cui si riferisce (o al suo legale rappresentante o a persona indicata espressamente dal paziente) o ad altro richiedente cui la legge ne riconosca il diritto.

Se altra persona chiede a nome del paziente la consegna del certificato il medico deve accertarsi che tale consegna corrisponda alla volontà del paziente.

- Obbligo della corrispondenza del certificato alle constatazioni dirette effettuate dal medico

Il medico non può rilasciare il certificato sulla base di quanto riferitogli da terzi o su quanto egli non abbia constatato. Poiché il certificato è redatto previa richiesta del paziente e può riportare sintomi riferiti dallo stesso, non sempre obiettivabili, il medico, nella certificazione stessa, deve distinguere tra quanto obiettivamente da lui riscontrato e quanto riferito.

Il certificato contiene, inoltre, un giudizio clinico che si forma sulla base dei dati rilevati e indicati e che si compone di diagnosi e prognosi.

E' opportuno che il medico giustifichi la formulazione di detto giudizio clinico sulla base della valutazione dei dati rilevati e di quelli forniti dal paziente.

Il nuovo codice non esplicita più il divieto del rilascio dei certificati di compiacenza in quanto si è ritenuto tale divieto implicito nell'obbligo del requisito della veridicità che connota la certificazione e la cui inosservanza costituisce, evidentemente, grave violazione dell'affidamento che viene riposto nella attestazione medica, quindi della stessa credibilità della funzione del medico.

Art 23 Cartella clinica

La cartella clinica deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate.

Commento:

Si è inserito questo articolo al fine di contenere le frequenti carenze e le conseguenti incertezze e vertenze anche a livello medico legale. La scelta di individuare i contenuti essenziali che la cartella clinica deve possedere, oltre al fine di adempiere alla sua naturale funzione di puntuale documento sulle condizioni del paziente e sulle scelte diagnostico-terapeutiche operate, è scaturita anche dalla volontà di tutelare i diritti del cittadino.

La cartella clinica non può essere, infatti, considerata come un adempimento burocratico atto a registrare meri dati obiettivi ma deve dettagliatamente documentare le ragioni stesse delle scelte diagnostiche e terapeutiche effettuate e ciò anche al fine di facilitare e controllare verifiche amministrative e non ultimo di qualità.

In questa prospettiva dovrebbero essere sempre meglio seguiti i principi della cartella clinica orientata per indirizzo diagnostico-terapeutico. La cartella clinica è anche la sede ideale per la registrazione dell'avvenuta informazione del paziente e della conseguente documentazione del consenso.

Per quanto riguarda la cartella clinica, una parte della giurisprudenza della Cassazione riconosce alla stessa il possesso di tutti i requisiti propri dell'atto pubblico. Definirla come atto pubblico comporta una serie di conseguenze sul piano giuridico di non lieve portata: l'applicazione degli artt. 479 e 476 del c.p. per falso ideologico e materiale nella previsione della pena più grave; l'eventuale responsabilità per omissione di atti d'ufficio, ex art.328 c.p., o per rivelazione di segreto d'ufficio, ex art.326 c.p.

CAPO II - DOVERI DEL MEDICO E DIRITTI DEL CITTADINO

Art. 24 Libera scelta del medico e del luogo di cura

La libera scelta del medico e del luogo di cura costituisce principio fondamentale del rapporto medico-paziente.

Nell'esercizio dell'attività libero professionale svolta presso le strutture pubbliche e private, la scelta del medico costituisce diritto fondamentale del cittadino.

E', pertanto, vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influire sul diritto del cittadino alla libera scelta.

Il medico può consigliare, ma non pretendere, che il cittadino si rivolga a determinati presidi, istituti o luoghi di cura.

Commento:

Il codice di deontologia medica all'art. 24 sintetizza il contenuto dei due articoli 24 e 27 della precedente stesura. La ratio dei due articoli era, infatti, la medesima: la necessità del rispetto della libertà di scelta del medico, del luogo di cura e della correlativa esigenza di garantire al paziente la scelta finale sui presidi, istituti o luoghi di cura da privilegiare per garantire la cura stessa.

L'art. 24 in sostanza afferma che il rapporto medico-cittadino rimane sempre e comunque di carattere fiduciario che deve sussistere, a garanzia della migliore riuscita delle cure, tra il professionista e il proprio assistito in mancanza del quale ben difficilmente il rapporto potrebbe garantire risultati positivi.

Tale articolo, come anche i successivi del medesimo capo, disciplina l'obbligo del medico al rispetto del diritto del paziente alla libera scelta del personale medico e delle strutture cui affidare la tutela della propria salute.

Per quanto attiene alla libera scelta del medico, questa è ribadita anche nella normativa del Servizio Sanitario Nazionale e trova applicazione nei provvedimenti regolamentari. Essa rappresenta un principio fondamentale ed inalienabile che deve improntare il rapporto medico-paziente, proprio per la natura fiduciaria che caratterizza tale rapporto.

La libertà di scelta e la natura fiduciaria del rapporto professionista-cliente, trovano un effettivo e significativo riscontro in ambito giuridico, nell'art.2232 c.c. che, appunto, sancisce al 1° comma l'obbligo di "eseguire personalmente l'incarico assunto" evidenziando, così, indirettamente, l'aspetto fondamentale della fiducia che connota il rapporto in esame con conseguenze notevoli anche per il diritto (v. ad esempio le limitazioni poste dallo stesso articolo 2232 c.c. in merito alle possibilità del professionista di far ricorso a sostituti e/o ad ausiliari).

Il codice deontologico ribadisce come dovere comportamentale del medico il rispetto del diritto del paziente alla libera scelta del curante prendendo anche, molto opportunamente, in considerazione la sostanziale disparità che spesso connota il rapporto medico-paziente e che può consentire al primo di influenzare l'altro anche relativamente alla scelta di colleghi o di strutture cui affidarsi.

A tale riguardo viene previsto, per sancirne il divieto, l'accordo tra due medici volto, appunto, ad influenzare la scelta del paziente. Viene prevista la facoltà per il medico di dare indicazioni al paziente in merito ai presidi, istituti o luoghi di cura da lui reputati più idonei per le necessità del paziente stesso.

Tale facoltà trova giustificazione nella stretta connessione esistente tra i vari interventi sanitari, rientranti in unico trattamento riferito ad uno stesso soggetto; infatti, l'attività diagnostica e/o terapeutica di un sanitario può trovare implicazioni in quelle precedenti di altri, e può determinare conseguenze sulle successive che, diversi colleghi, si troveranno ad effettuare.

Si tratta di una facoltà che può, inoltre, essere considerata quale manifestazione del compito del medico di agire in difesa della salute del paziente laddove, evidentemente, le indicazioni trovino origine nel convincimento del sanitario della sicura affidabilità delle strutture, istituti consigliati e della loro piena rispondenza alle esigenze dell'assistito.

Le convinzioni del medico non possono però annullare il diritto alla libera scelta delle strutture e dei luoghi di cura e, anche nella fattispecie oggetto dell'articolo in esame, resta fermo, per il medico, il dovere, fissato al precedente art. 17, d'ordine generale, di rispettare i diritti fondamentali del cittadino.

Va rilevato altresì che il presente articolo considera solamente la fattispecie in cui le indicazioni del medico siano mosse da convinzioni di beneficiabilità; qualora, invece, dette indicazioni dovessero fondarsi su diverse finalità quali, ad esempio, benefici economici per il medico stesso o compartecipazioni agli utili di determinate strutture verrebbero a configurarsi violazioni di altre norme quali quelle che sanciscono il principio dell'indipendenza dell'esercizio professionale e la finalizzazione dello stesso alla sola tutela della vita e della salute dei pazienti (artt.3 e 4 del codice).

Art. 25 Sfiducia del cittadino

Qualora abbia avuto prova di sfiducia da parte della persona assistita o dei suoi legali rappresentanti, se minore o incapace, il medico può rinunciare all'ulteriore trattamento, purché ne dia tempestivo avviso; deve, comunque, prestare la sua opera sino alla sostituzione con altro collega, cui competono le informazioni e la documentazione utili alla prosecuzione delle cure, previo consenso scritto dell'interessato.

Commento:

L'art. 25 del testo attuale con la sostituzione del termine paziente con quello di cittadino, come già esplicitato in precedenza, riconosce dignità universale al soggetto che si affida al medico e non contiene in sé grosse

modifiche rispetto al passato. Si sottolinea semplicemente che, in ottemperanza alle previsioni della legge 675/96, è stato inserito il consenso scritto dell'interessato nel caso in cui ci sia una sostituzione tra medici e quindi uno scambio di informazioni e documentazioni utili alla prosecuzione delle cure.

Questo articolo si basa e si incentra sull'elemento fondamentale del rapporto fiduciario tra medico e paziente, che può venire interrotto, laddove venga meno il principio di correttezza nei rapporti tra due soggetti.

Così come nella precedente versione, nel nuovo articolo non viene specificato il significato delle prove di sfiducia che sono causa dell'interruzione del rapporto medico-paziente. In proposito deve rinviarsi alla dottrina prevalente, facendo riferimento ai concetti generali e alla prassi delle relazioni sociali.

Viene espresso in questo articolo, anche se in maniera non diretta, uno dei principi informativi dell'attività del medico, ovvero il rispetto del rapporto di colleganza, di correttezza tra i colleghi che si manifesta, nello scambio doveroso di informazioni e documentazioni, teso alla realizzazione del beneficio del paziente.

L'importanza del rapporto di fiducia medico-paziente, viene inquadrata, in questo articolo, dal punto di vista del medico.

Infatti, la mancanza di tale elemento fondamentale dà al curante la facoltà di rinunciare all'incarico o alla sua prosecuzione, venendo meno uno dei pilastri su cui deve fondarsi il rapporto per risultare proficuo per entrambi i soggetti coinvolti.

In caso di sfiducia dimostrata dal paziente se al medico viene riconosciuta la facoltà di recedere dal rapporto è però fatto obbligo allo stesso di bilanciare detta facoltà con gli interessi del paziente e, in primis, con quello alla tutela della salute.

La volontà di recesso, pertanto, va comunicata con tempestività al paziente o ai suoi legali rappresentanti affinché possano idoneamente provvedere alla sostituzione del curante. Il medico, fino alla sostituzione, dovrà provvedere, ove necessario, a continuare la sua opera professionale, quindi fornire al collega che gli subentra, tutte le informazioni e la documentazione utili e non solo quelle strettamente necessarie, per la prosecuzione delle cure.

In sostanza, la sfiducia dimostrata dal paziente non può essere per il medico un alibi per comportamenti di rivalsa nei confronti di chi non ha mostrato di apprezzare la sua opera professionale e di chi viene a sostituirlo.

Al riguardo va rammentato altresì, per ciò che attiene all'obbligo deontologico, sancito dal presente articolo, della continuazione della prestazione professionale fino alla sostituzione con altro collega, che il mancato rispetto di tale obbligo può comportare per il medico gravi conseguenze anche d'ordine legale, ed in particolare di natura penale, ove la mancata prestazione realizzi gli estremi del reato di omissione di soccorso (art.593 c.p.) o, in caso ne sia derivato aggravamento o morte del paziente, quelli di lesioni e omicidio.

In materia la giurisprudenza dominante appare alquanto severa nei confronti del medico al quale viene fatto obbligo, in via generale, di garantire che l'ammalato, comunque, non resti senza cure.

Per ciò che attiene, poi, al dovere di fornire al collega subentrante tutte le informazioni utili e la documentazione, va evidenziato che tale direttiva comportamentale va inserita in un più ampio quadro concernente il principio di correttezza nei rapporti fra colleghi trattato, sotto altri aspetti, dal seguente titolo IV cui si rinvia.

Va però rilevato che in tale particolare previsione, la correttezza fra colleghi non è considerata, in via principale, quale valore a sè stante, ma solo strumentalmente, come mezzo per garantire un'effettiva tutela della salute del paziente

Art. 26 Soccorso d'urgenza

Il medico che presti soccorso d'urgenza a un malato curato da altro collega o che assista temporaneamente un paziente in assenza del curante, non può pretendere che gli venga affidata la continuazione delle cure.

Commento:

Questo articolo costituisce una applicazione del generale principio del rispetto del rapporto di fiducia che deve intercorrere tra medico e cittadino. Nel caso di specie non esiste alcuna norma giuridica cui fare riferimento, pertanto assume particolare rilevanza la normativa deontologica.

In buona sostanza il medico chiamato per necessità o urgenza a intervenire su un paziente in cura da altro collega, non può pretendere, solo per questo, di essere prescelto per la continuazione della cura.

A ben vedere si tratta null'altro che della applicazione di due principi deontologici che privilegiano il rapporto di fiducia tra medico e paziente e di colleganza, rapporto quest'ultimo di correttezza tra colleghi anche al di fuori dell'esercizio professionale.

Art. 27 Fornitura di medicinali

Il medico non può fornire i medicinali necessari alla cura a titolo oneroso.

E' vietata al medico ogni forma di prescrizione che procuri a sé o ad altri indebito lucro.

Art. 28 Comparaggio

Ogni forma di comparaggio è vietata.

Commento:

Gli artt. 27 e 28 del codice di deontologia medica rispondono a uno stesso principio e costituiscono aspetti simili del rapporto tra norme penali e norme deontologiche. L'art. 102 del T.U. LL.SS. proibisce al medico, iscritto all'albo, qualsiasi convenzione per la partecipazione agli utili di una farmacia. Allo stesso modo l'art. 170 del T.U. LL.SS. attribuisce rilevanza penale al cosiddetto comparaggio, cioè il ricevere per sé o per altri denaro o altra utilità o accettarne la promessa allo scopo di agevolare con prescrizioni mediche o in altro modo la diffusione di specialità medicinali o di prodotti ad uso terapeutico.

Si è discusso sulla opportunità o meno di inserire questi due articoli, in quanto da alcuni è stato rilevato che siamo in presenza di obblighi di carattere penale e di correlative sanzioni della stessa natura. E' prevalsa, però, l'opinione di inserire in due specifici articoli questi divieti, onde rimarcare in modo evidente che l'estrema gravità di questi comportamenti non si limita soltanto alla sfera penale, ma coinvolge l'etica stessa della medicina, costituendo una violazione gravissima della dignità e del decoro della professione.

CAPO III - DOVERI DEL MEDICO VERSO I MINORI, ANZIANI E I DISABILI**Art. 29 Assistenza**

Il medico deve contribuire a proteggere il minore, l'anziano e il disabile, in particolare quando ritenga che l'ambiente, familiare o extrafamiliare, nel quale vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti, violenze o abusi sessuali, fatti salvi gli obblighi di referto o di denuncia all'autorità giudiziaria nei casi specificatamente previsti dalla legge.

Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario a un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso, all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita, ponendo particolare attenzione alla tutela dei diritti degli assistiti non autosufficienti sul piano psichico e sociale, qualora vi sia incapacità manifesta di intendere e di volere, ancorché non legalmente dichiarata.

Il medico, in caso di opposizione dei legali rappresentanti alla necessaria cura dei minori e degli incapaci, deve ricorrere alla competente autorità giudiziaria.

Commento:

Il contenuto di questo articolo potrebbe apparire pleonastico considerato il dovere fondamentale di assistenza cui è tenuto qualsiasi medico nei confronti di qualsiasi cittadino

In realtà questo articolo, proprio perché volto a sollecitare una particolare attenzione assistenziale del medico nei confronti di soggetti deboli, amplia il dovere fondamentale del professionista in quanto lo connota di un elemento di carattere solidaristico-sociale che non deve essere visto da una prospettiva esclusivamente professionale di tipo tecnico-medica bensì deve essere esteso a tutti i comportamenti che possano andare anche oltre la competenza professionale specifica.

L'art. 29 in occasione della revisione del codice di deontologia medica è stato oggetto di un dibattito approfondito; per alcuni l'aver voluto sostituire il termine "impegnarsi a proteggere il minore" con "contribuire a proteggere il minore" potrebbe aver avuto il significato di una sorta di diminuzione di responsabilità del medico stesso. Nella realtà però il termine contribuire è da intendersi in senso solidaristico: al fine di evidenziare che l'attività del medico, finalizzata agli obiettivi sopra citati, deve inserirsi in un

contesto più ampio che vede coinvolti nella tutela dei soggetti deboli altre strutture di carattere sociale, altri soggetti, altri operatori dall'ordinamento stesso individuati.

Deve respingersi l'ipotesi di una deresponsabilizzazione in quanto, oltre ad essere ampliate le fattispecie che costituiscono per il medico motivo di intervento, è stato volutamente esplicitato che il medico dovrà adoperarsi in qualsiasi circostanza affinché il minore possa fruire di quanto necessario al suo armonico sviluppo.

Nelle norme contenute nel presente articolo si rispecchia una concezione del ruolo del medico non ristretto al solo ambito della tutela della salute. Viene, infatti, delineata, nei confronti delle categorie più deboli, cioè dei minori, degli anziani e dei portatori di handicap, una funzione del medico di tutela ben più ampia, che abbraccia, oltre alla salute, le stesse condizioni di vita, allorché possano incidere negativamente sulla qualità e dignità dei soggetti su indicati.

L'esercizio professionale della medicina diventa, in questa prospettiva, l'occasione e lo strumento di rilevazione di situazioni familiari, sociali e/o ambientali in cui versano soggetti particolarmente deboli che, oltre ad incidere negativamente sulla salute di costoro, ne compromettono, come detto, la qualità e dignità di vita.

In tali ipotesi il medico deve farsi attivo promotore di iniziative volte a rimuovere dette condizioni; iniziative che, secondo la sua valutazione, dovranno coinvolgere la famiglia o nei casi più gravi anche organi pubblici di assistenza sociale o in caso di maltrattamenti o violenza o di opposizione dei legali rappresentanti alle cure necessarie a minori e incapaci, anche l'autorità giudiziaria o di polizia.

Quello fissato nell'articolo in esame è un dovere ulteriore e diverso da quelli sanciti dalla legge nelle ipotesi in cui questa fissa per il medico obblighi di referto o di denuncia.

Va sottolineato come la funzione attribuita al medico dalle norme di questo articolo ponga lo stesso nella delicata posizione di dover valutare quando la situazione in cui versino determinati soggetti sia tale da richiedere, da parte sua, oltre che la violazione del segreto professionale e del principio di riservatezza, anche un intervento non limitato alla sfera della salute dei soggetti medesimi, ma diretto anche alle sfere più delicate dell'intimità familiare, con possibili conseguenze spiacevoli d'ordine giuridico (querelle per diffamazione ecc.); è questa una precisa scelta culturale e di civiltà secondo principi di attiva solidarietà cui l'esercizio della professione medica deve conformarsi a sostegno di chi è pressoché privo di difesa.

CAPO IV - INFORMAZIONE E CONSENSO

Art. 30 Informazione al cittadino

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.

Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.

Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.

Commento:

L'art. 30 apre una serie di articoli dedicati agli attualissimi problemi dell'informazione e del consenso.

Come è noto, si tratta di argomenti di strettissima attualità su cui è tuttora in corso un appassionato dibattito non soltanto fra i cultori della deontologia, ma anche a livello filosofico e politico.

Del resto sono note le polemiche, parzialmente ancora in corso, derivanti dagli orientamenti giurisprudenziali sempre più consolidati che hanno legato le responsabilità del medico alla necessità dell'acquisizione del consenso del cittadino per quanto riguarda l'attività terapeutica.

L'art. 30 obbliga il medico alla informazione più ampia ed idonea per quanto riguarda prognosi, prospettive, eventuali alternative diagnostiche e terapeutiche e conseguenze delle scelte operate.

L'articolo, inoltre, riconferma il compito di assicurare l'informazione facendo riferimento alle capacità di comprensione del cittadino. E' ovvio che diversi saranno i criteri che il medico dovrà seguire per adeguare l'informazione allo status del soggetto che la stessa dovrà ricevere. L'informazione, infatti, dovrà assumere connotazioni diverse, potrà essere fornita, se necessario, con gradualità a seconda delle condizioni oltre che fisiche e psicologiche anche socio-culturali del malato.

Viene anche confermata la necessità di una particolare prudenza e l'uso di terminologie non traumatizzanti allorchè sia necessario informare il cittadino su prognosi gravi o infauste o, comunque, tali da procurare preoccupazioni e sofferenze alla persona.

Particolarmente importante è la opportunità, in ogni caso, di non escludere la speranza per non lasciare solo con la propria disperazione il cittadino malato.

L'informazione è il presupposto indefettibile per la espressione del consenso da parte del paziente.

Perchè l'informazione in campo clinico risulti realmente efficace al fine suddetto è necessario che essa venga fornita secondo modalità adeguate alla formazione culturale, alla capacità di comprensione e allo stato psichico del paziente.

Nel presente codice è stata operata una scelta di fondo a favore dell'informazione al paziente per quanto attiene alla diagnosi, alla prognosi alle prospettive e alle conseguenze delle proposte terapeutiche, con una significativa modifica, rispetto al codice previgente, a favore di un'informazione veritiera, pur fornita con tutte le necessarie accortezze, anche d'ordine terminologico e psicologico, riguardo a prognosi gravi o infauste.

Tale scelta è il risultato di un dibattito approfondito che si svolge tuttora sulla opportunità di fornire al paziente, sempre e comunque, informazioni veritiere sul suo stato, recependo le indicazioni formulate in materia dal C.N.B. (documento Informazione e consenso all'atto medico - 20 giugno 1992) ed aderendo all'orientamento prevalente in ambito sociale.

I termini della questione e dei diversi punti di vista sono numerosi e tutti rilevanti.

L'orientamento nell'ambito del quale vanno inquadrare le norme del presente articolo riconosce, come fondamentale, il diritto alla verità che implica una concezione dell'uomo come responsabile delle proprie azioni e che si configura come condizione essenziale per l'esercizio della libertà.

Tale verità, in campo medico, non può tradursi come semplice e fredda trasmissione di dati clinici. Come è dato evincere dalla stessa formulazione dell'articolo in esame, assumono particolare rilevanza le modalità di comunicazione dell'informazione.

L'art. 30, è in linea, come detto, con le indicazioni del C.N.B. secondo cui l'informazione deve essere:

a) adatta al singolo paziente, in relazione alla sua cultura e alla sua capacità di comprensione da un lato e al suo stato psichico dall'altro;

b) corretta e completa circa la diagnosi, le terapie, il rischio, la prognosi".

Nella sua articolazione detta norma, sinteticamente ed efficacemente, offre al medico le chiavi per l'individuazione della linea di comportamento più idonea al caso specifico.

Il problema più rilevante riguarda la comunicazione di prognosi gravi o infauste nei confronti delle quali, al di là dei livelli culturali che contraddistinguono i singoli malati, si registrano spesso atteggiamenti di rifiuto, da parte degli interessati, a conoscere la verità.

La questione, quindi, si sposta su come deve e può avvenire tale comunicazione, anche nei casi più gravi. Ed a questo riguardo dalle norme dell'articolo in esame è possibile trarre una serie di criteri cui il medico può fare riferimento per affrontare il problema, specie nei casi più difficili, di comunicare la verità al paziente. In particolare, secondo tali indicazioni, il medico deve compiere uno sforzo intellettuale per conoscere e valutare nel modo più preciso la verità da comunicare ed i possibili livelli secondo cui ciò può avvenire; deve attentamente valutare le condizioni fisiche e psicologiche del paziente e le possibili conseguenze sul soggetto. Tutto ciò presuppone l'instaurazione di un forte e stabile rapporto medico-paziente fondato sulla fiducia reciproca.

In tale contesto complessivo anche il problema più grave, e cioè quello attinente al paziente che non vuole conoscere e sfugge la verità può assumere una diversa connotazione per cui il medico può attuare nei confronti del malato una rivelazione progressiva del suo stato "con un approccio graduale che tenga conto volta per volta di ciò che il paziente desideri effettivamente sapere, oltretutto quanta parte di verità egli sia in grado di sopportare, mantenendo un atteggiamento il più possibile franco e corretto" (C.N.B.).

Si tratta, per il medico, di instaurare una comunicazione della verità nell'ambito della quale vengano interpretate e comprese le ansie del malato con atteggiamento di solidarietà, al fine di far maturare nello stesso la consapevolezza e la conseguente accettazione del suo stato.

Come evidenziato dal C.N.B. "attraverso la somministrazione delle informazioni si profila il ritorno della funzione del medico come elemento decisivo per la condotta del malato; "infatti "nella amministrazione delle informazioni il medico ha ampi spazi di intervento" in particolare nei casi di situazioni inguaribili egli "dovrebbe costruire le alternative possibili e dare informazioni in modo che il paziente possa scegliere quella che più gli si adatta".

Tali accorgimenti nella trasmissione delle informazioni evidenziano come i comportamenti indicati dal codice siano cosa diversa dalla mera e neutra sottoposizione al paziente di tutta l'informazione disponibile, senza alcuna selezione o adattamento al caso specifico, come in alcuni Paesi (v. USA) può accadere, ove risultino prevalenti preoccupazioni di natura contrattualistica legate alla eventuale responsabilità, che può derivare in sistemi assicurativi privati, da una non completa informazione.

All'articolo in esame sottostanno diverse preoccupazioni tra cui quella, non secondaria, di rendere possibile attraverso l'informazione l'adesione del malato ad interventi terapeutici particolarmente pesanti in termini di sofferenza fisica e psicologica

Art. 31 Informazione a terzi

L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all'art. 9 allorchè sia in grave pericolo la salute o la vita di altri.

In caso di paziente ricoverato il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

Commento:

L'art. 31 deve leggersi alla luce della recente formulazione dell'art. 9 sul segreto professionale che, come già detto, è stato rielaborato secondo i principi normativi a tutela dei dati personali.

L'art. 31 sottolinea che l'informazione a terzi è ammessa soltanto sulla base di un consenso espresso esplicitamente dal paziente, fatto salvo quanto costituisce giusta causa di rivelazione al di fuori delle previsioni di legge, che all'art. 9 sono chiaramente esplicitate nei punti a), b) e c).

Il combinato disposto dell'art. 31 e dell'art. 9 è da ricondursi alla previsione della legge n. 675 del 1996. In particolare è da sottolineare il punto c), laddove si afferma che l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego dell'interessato consente, previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali, di procedere alla informativa.

In sede di dibattito si è posto il problema della tempestività che l'autorizzazione richiesta al Garante dovrebbe evidentemente avere per consentire di arrivare a un concreto risultato di salvaguardia del terzo.

Come è stato già precisato, gli attuali mezzi di comunicazione consentono un rapporto immediato con il Garante per la protezione dei dati personali, ferma restando l'autorizzazione in via generale emanata dall'autorità Garante stessa con il provvedimento n. 2 del 1997.

L'art. 31 che nel 1° comma affronta la questione in termini generali, nel 2° comma più specificamente intende dare una guida al medico dipendente che quotidianamente si trova a dover affrontare il problema dell'informazione del paziente ricoverato.

In questo caso sarà lo stesso medico a raccogliere i nominativi delle persone che il paziente ha indicato quali atte a ricevere la comunicazione sui dati relativi alla propria salute, e ai dati sensibili secondo l'art. 23 della legge 675/96.

Art. 32 Acquisizione del consenso

Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente.

Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 30.

Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso.

In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona, ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo articolo 34.

Commento:

Il titolo dell'art. 32 è modificato rispetto a quello della precedente stesura del codice che si riferiva al consenso informato. Il titolo dell'attuale art. 32, "Acquisizione del consenso", intende porre l'attenzione sulla necessità di un'acquisizione effettiva da parte del medico del consenso del paziente.

Non si tratta, ovviamente, di una duplicazione del meccanismo di acquisizione e di informazione previsto dal precedente art. 30, ma di ulteriori norme di garanzia nel rispetto della libertà del cittadino per quanto riguarda la tutela della propria salute.

In sostanza - laddove il cittadino e il medico sono di fronte a prestazioni diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità che possono portare conseguenze importanti sulla integrità fisica del paziente - è necessaria l'acquisizione in forma scritta del consenso del soggetto passivo. L'intenzione del codice non è tanto quella di prevedere la sottoscrizione di formulari e di moduli predisposti, quasi ad integrare un ulteriore passaggio burocratico nella vita del medico, bensì quella di garantire l'effettività e la completezza dell'informazione che permetta al cittadino l'espressione di un consenso informato nel senso più pieno del termine.

E' da sottolineare in sede di commento un'errata corregge al testo del codice: il 4° capoverso dell'art. 32 "...ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo art. 34" è sostituito con "... di cui al successivo art. 78". E' ovvio che il legislatore deontologico intende fare riferimento alle normative particolari sui trattamenti sanitari obbligatori disciplinati appunto dall'art. 78 e non dall'art. 34.

Il consenso è considerato anche dalle norme di questo articolo, così come in campo giuridico, come fondamento di legittimazione dell'atto medico.

Riguardo ad ogni intervento sanitario, pertanto, la manifestazione di volontà del paziente non può essere surrogata nè disattesa, anche se per fini benefici.

Tale impostazione deriva da principi costituzionalmente sanciti di inviolabilità della libertà personale che nel riconoscimento del diritto alla salute si traduce in una pretesa, giuridicamente tutelata, di autodeterminazione del soggetto e di garanzia da ogni interferenza illegittima.

In particolare, così come evidenziato dal Comitato Nazionale di Bioetica nel documento "Informazione e consenso all'atto medico", dal disposto degli artt. 13 e 39 della Costituzione "discende che al centro dell'attività medico-chirurgica si colloca il principio del consenso, il quale esprime una scelta di valore nel modo di concepire il rapporto tra medico e paziente, nel senso che detto rapporto appare fondato prima sui diritti del paziente che sui doveri del medico. Sicchè sono da ritenere illegittimi i trattamenti sanitari extra-consensuali, non sussistendo un "dovere di curarsi" se non nei definiti limiti di cui l'art.32 cpv.2 Cost."

E' da precisare, tuttavia, che anche il principio del consenso incontra dei confini, in quanto l'intervento risulta, comunque, illecito quando supera i limiti della salvaguardia della vita, della salute, dell'integrità fisica, nonché della dignità umana.

Va rammentato che affinché il consenso possa ritenersi valido è necessario che sia espresso personalmente dall'interessato, sia specifico per ogni trattamento e sia consapevole.

Per quanto attiene al primo requisito con riferimento a tale fattispecie specifica, si afferma che qualora non vi siano pericoli di gravi, potenziali danni, il medico può attendere che il paziente riacquisti la capacità di esprimere il proprio volere. Quando, invece, il trattamento risulti urgente per scongiurare rischi di nocimento, il medico è obbligato ad intervenire, indipendentemente da quanto al riguardo possano esprimere i prossimi congiunti, potendosi configurare, in caso di suo mancato intervento, responsabilità sia civili che penali.

Riguardo all'estensione dell'ambito per il quale può ritenersi validamente espresso il consenso, questa va valutata in relazione alla tipologia del trattamento sanitario che viene preso in considerazione nonché in relazione alle modalità secondo cui il consenso è stato espresso.

In via generale laddove il trattamento risulti costituito da un complesso di interventi non appare necessario che il consenso venga rinnovato per ogni singolo intervento. Laddove però, come espressamente indicato nel 2 comma dell'articolo in esame, le singole prestazioni diagnostiche o terapeutiche risultino connotate da

particolarità che possano avere conseguenze sulla integrità fisica, il consenso dovrà essere specifico e, a riprova di ciò, adeguatamente espresso in forma scritta.

Riguardo alla formalizzazione del consenso va rilevato che, attualmente, soprattutto al fine di prevenire contenziosi d'ordine legale, si registra la fioritura di una modulistica alquanto dettagliata nella elencazione dei vari interventi di cui si compone il trattamento, volta ad evitare contestazione sulla esaustività del consenso prestato. Va però rammentato che non sono la formulazione e la sottoscrizione del modulare le condizioni che effettivamente esentano il medico da eventuali responsabilità giuridiche e disciplinari quanto, piuttosto, la reale opera di informazione del paziente, secondo le indicazioni del precedente art. 30 e la concessione da parte dell'interessato del necessario consenso informato.

Viene così in rilievo l'ultimo requisito, che deve connotare il consenso e cioè la consapevolezza che non può risolversi evidentemente in un dato meramente formale e per il quale è necessaria l'effettiva attuazione delle indicazioni concernenti la corretta informazione del paziente.

Il difetto di consenso, quale presupposto imprescindibile delle prestazioni mediche, rappresenta, in ambito giurisprudenziale, un osservatorio privilegiato della evoluzione dell'ordinamento giuridico nel senso di una sempre maggiore e prevalente tutela del diritto della persona alle scelte, che riguardano valori fondamentali di stretta attinenza personale quali la integrità fisica, la salute e la qualità di vita.

Con particolare riferimento ai casi di danni alla persona derivanti da interventi medici privi del necessario, preventivo consenso, effettivamente informato, dei diretti interessati, va evidenziato come, in ambito penale si è registrata la nascita di un orientamento giurisprudenziale assai severo. Tale orientamento, proprio dalla adesione alla dottrina del consenso informato, traduce l'omissione di detto consenso in termini di elemento psicologico del reato di tipo doloso, modificando la riferibilità del danno da colposa (come era nella tradizione nettamente prevalente) in dolosa. Va rammentato poi che con la sentenza 26/6/91, ormai famosa, della Corte di assise d'appello di Firenze, la responsabilità della morte del paziente sottoposto ad intervento chirurgico per il quale era stato negato il consenso dall'interessato, è stata addebitata al chirurgo a titolo di omicidio preterintenzionale come ulteriore conseguenza del comportamento dello stesso che già configurava il reato di lesioni personali volontarie.

Con riguardo a tali addebiti risultano particolarmente illuminanti alcuni passi della sentenza della Cass. Sez. V penale n. 699 del 21.4.1992, confermativa della sentenza della Corte di assise di appello di Firenze, allorché si puntualizza che "se il trattamento, eseguito a scopo non illecito, abbia esito sfavorevole, si deve, pur sempre, distinguere l'ipotesi in cui esso sia consentito dall'ipotesi in cui il consenso invece non sia prestato. E si deve ritenere che se il trattamento non consentito ha uno scopo terapeutico e l'esito sia favorevole, il reato di lesioni, comunque, sussiste, non potendosi ignorare il diritto di ognuno di privilegiare il proprio stato attuale (art.32, comma secondo, Cost.) e che, a fortiori, il reato sussiste ove l'esito sia sfavorevole."

Come efficacemente evidenziato da parte della dottrina medico-legale, si può ipotizzare una sorta di graduazione di reati nel caso in cui l'atto medico chirurgico venga compiuto senza il consenso del paziente laddove non ricorra un'improcrastinabile urgenza:

- violenza privata, se l'atto medico imposto al paziente non produce patologie permanenti;
- lesione personale volontaria, se l'atto medico determina una condizione lesiva dell'integrità psico-fisica della persona;
- omicidio preterintenzionale, se provoca la morte del paziente.

La rilevanza del consenso assume poi una particolare connotazione con riferimento alla responsabilità civile nelle "attività mediche non correlate a patologie intese in senso proprio", quali la chirurgia estetica e la odontoprotesistica.

Rispetto a tali attività, anche in relazione alla particolarità che le contraddistingue e che attiene all'importanza, nel loro svolgimento, del conseguimento di un determinato risultato, l'informazione dettagliata e chiara sui rischi di complicazioni e insuccessi al fine della formazione di un consenso effettivamente consapevole, assume incidenza anche sulla stessa legittimità contrattuale.

Nel penultimo comma dell'articolo in esame viene presa in considerazione la fattispecie particolare di trattamenti diagnostici o terapeutici "che possano comportare grave rischio per l'incolumità del paziente."

In tali ipotesi l'indicazione deontologica si compone di due elementi essenziali:

- 1) effettiva necessità di tali trattamenti per il caso specifico;
- 2) informazione dettagliata sulle possibili conseguenze per la formazione e manifestazione di un consenso che sia effettivamente valido, quindi esplicito e specifico, e che si ritiene opportuno sia documentato.

L'ultimo comma sancisce un divieto esplicito per il medico di compiere qualsiasi atto diagnostico e curativo "in presenza di un esplicito rifiuto del paziente capace di intendere e volere".

Riguardo a tale specifica fattispecie va segnalata la problematica relativa all'ipotesi in cui il rifiuto sia stato espresso in epoca antecedente (direttive anticipate) mentre successivamente l'interessato non sia più capace di manifestare la propria volontà.

In tale ipotesi vengono a confrontarsi due opposte opinioni.

Per alcuni, infatti, resta valida la volontà espressa in precedenza poichè l'incapacità successivamente intervenuta non può far presumere revocato quanto precedentemente manifestato, come del resto raccomanda la Convenzione Europea di Bioetica.

Per altri, invece, ricorrerebbe lo stato di necessità e, in questo caso, il medico avrebbe un vero e proprio obbligo di intervenire comunque. A tale riguardo va segnalato quanto espresso dal C.N.B. secondo il quale "sembra innanzitutto opportuno che si faccia sempre una debita distinzione fra la volontà manifestata in astratto dal malato e l'eventuale volontà manifestata, in concreto, su una determinata pratica diagnostica e terapeutica, non potendo evidentemente la prima aver forza giuridica tale da impedire il trattamento sanitario. Così pure occorre fare riferimento al problema dell'eventuale divario fra effettive intenzioni del malato e realtà della situazione in cui esso si trova, giacchè tale divario può legittimare interventi terapeutici non rientranti nella sfera intenzionale del soggetto."

Opportunamente, infine, nell'ultimo comma dell'articolo in esame si distinguono nell'ambito dei casi di rifiuto esplicito dei pazienti a trattamenti diagnostici o terapeutici le ipotesi disciplinate al successivo art. 78, in cui, invece, detti trattamenti siano previsti per legge come obbligatori.

Art. 33 Consenso del legale rappresentante

Allorché si tratti di minore, di interdetto o di inabilitato, il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale. In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria.

Commento:

L'art. 33 è rimasto sostanzialmente immutato rispetto al testo del 1995, fatta salva la riconduzione nell'ambito della rappresentanza legale della necessità del consenso espresso da rappresentanti legali, non solo per gli interventi diagnostico-terapeutici ma anche per il trattamento dei dati sensibili, concernente cioè la salute e la sessualità (Legge 675/96).

Con riferimento ai casi in cui chi abbisogna di trattamento sanitario sia minore o legalmente incapace, il codice di deontologia, attenendosi ai criteri operanti in ambito giuridico, individua nei rappresentanti legali di tali pazienti la competenza ad esprimere il necessario consenso.

Ove detti rappresentanti si oppongano a trattamenti "necessari e indifferibili", il medico deve informare l'autorità giudiziaria, secondo quanto riscontrabile anche nelle fattispecie giuridiche disciplinate dagli artt.330-333-336-384 c.c.

La formulazione di tale comma, anche rapportata all'ultimo comma dell'art.29, non dà una soluzione espressa al caso in cui, in mancanza del consenso dei legali rappresentanti, la situazione in cui versò il minore o incapace sia di tale urgenza da non essere compatibile con i tempi necessari al ricorso all'autorità giudiziaria.

Nel caso di specie, comunque, in ambito giuridico l'intervento del medico senza il richiesto consenso sarebbe giustificato ricorrendo la scriminante dello stato di necessità, così pure in ambito deontologico si deve plausibilmente pervenire ad analoga conclusione.

Con riferimento specifico alla problematica del consenso in pediatria, appare poi opportuno accennare alla possibilità di fornire l'informazione ed acquisire il consenso direttamente nei confronti dei cosiddetti "grandi minori", cioè di quei minori che abbiano acquisito una capacità naturale in tal senso.

In verità, il vigente ordinamento giuridico italiano, proprio in relazione alla capacità giuridica di esprimere consenso da parte dei grandi minori per determinati atti medici (come per il prelievo del sangue) si esprime in senso limitativo.

Va, comunque, evidenziato che per altre fattispecie sia la giurisprudenza che il legislatore hanno direttamente preso in considerazione tale categoria di minori, legittimandone l'esercizio diretto di taluni diritti.

La problematica in esame risulta comunque fornita di rilevanza anche dal punto di vista etico; di ciò si ha una conferma anche nel fatto che in taluni codici deontologici di altri Paesi (v. Olanda, Portogallo, Francia), viene data la possibilità al minore e all'incapace, ove ritenuti in grado di esprimere un valido consenso in

quanto in possesso di idonea capacità in tal senso, di decidere in merito ai trattamenti sanitari che li riguardano.

Nel codice italiano non sono contenute analoghe previsioni.

Va segnalato, tuttavia, che il problema è stato affrontato anche dal C.N.B. che ha efficacemente sottolineato il compito del medico di "child advocacy", che può richiedere "il prendere posizioni che non sono sempre quelle dei genitori, delle famiglie, il decidere talvolta in contrasto con le loro scelte, manifeste o sottintese". Speciali e talora molto grandi possono essere le responsabilità morali, umane, legali, che in certe situazioni si trova ad assumere. E giustamente è stato detto che in tali situazioni non gli bastano i "disincantati suggerimenti medico legali".

Art. 34 Autonomia del cittadino

Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona.

Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso.

Il medico ha l'obbligo di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente.

Commento:

Questo articolo innovativo, nei confronti del testo del precedente codice, sottolinea la necessità del rispetto da parte del medico della volontà chiaramente espressa dal soggetto circa le proprie scelte in ordine alla tutela della propria salute.

Il medico, quindi, in presenza di esplicita volontà del soggetto è tenuto ad attenersi, sempre che questo non contrasti con i principi dell'indipendenza e della dignità professionale.

Il medico, nel caso in cui il paziente non sia in grado di esprimere la propria volontà, dovrà tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso, ciò in aderenza a quanto espresso nella Convenzione europea di bioetica del 1997.

Questo principio è in linea con le recenti tendenze normative che hanno portato anche in Italia alla legge sui trapianti di organo (legge 1 aprile 1999 n. 91) nella quale è espresso il principio del silenzio assenso.

L'ultimo comma nel riprendere concetti già contenuti in articoli precedenti sottolinea la necessità che il medico, nella sua attività di informazione, tenga conto delle capacità di comprensione legate all'età, alle condizioni generali del soggetto minore o infermo di mente maggiorenne.

Art. 35 Assistenza d'urgenza

Allorché sussistano condizioni di urgenza e in caso di pericolo per la vita di una persona, che non possa esprimere, al momento, volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure indispensabili.

Commento:

Tale norma può considerarsi di completamento e di chiusura del capo relativo alla informazione e al consenso del paziente.

In essa, infatti, viene esplicitamente previsto il dovere del medico di intervenire anche in assenza del consenso dell'interessato che versi in stato di incapacità a manifestare la propria volontà, ove il trattamento rivesta caratteri di improcrastinabile necessità e vi sia pericolo della vita.

Nel caso di specie, come già indicato in sede di commento del precedente art.31, il medico ha un vero obbligo giuridico di effettuare i necessari trattamenti: l'omissione sarebbe fonte di gravi responsabilità civili e penali.

E' opportuno rammentare che, comunque, per la legittimità dell'intervento medico senza il necessario consenso devono ricorrere entrambe le condizioni su indicate (necessità e urgenza implicanti gravi rischi per la salute o di vita e incapacità del paziente ad esprimere consenso).

Pertanto, nella fattispecie in cui l'incapacità dell'assistito sia solo momentanea e l'intervento non rivesta caratteri di indifferibilità, il medico dovrà rinviare il trattamento.

Va rilevato, riguardo a tali fattispecie, che in ambito giurisprudenziale non viene riconosciuta alcuna validità al cosiddetto consenso presunto del quale, tra l'altro, parte della dottrina ha evidenziato l'equivocità. A volte, viene indicato come sinonimo di consenso implicito; altre come "consenso non necessario, che in mancanza di quello reale si darebbe presunto nella supposizione che il paziente avrebbe consentito se lo avesse potuto"; altre ancora, con una caratterizzazione teleologica per cui, secondo alcuni, si può parlare di consenso presunto in quanto il medico agisce nell'interesse del paziente.

CAPO V - ASSISTENZA AI MALATI INGUARIBILI

Art. 36 Eutanasia

Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocarne la morte.

Commento:

Il Capo V del nuovo codice di deontologia medica dedicato all'assistenza dei malati inguaribili si apre con l'art. 36, volto specificamente al tema dell'eutanasia. Il problema estremamente delicato è stato impostato in modo lievemente differente dalla precedente stesura del codice.

L'attuale stesura del testo art. 36, particolarmente stringata, mira esplicitamente e direttamente a ribadire, in maniera inequivoca, il divieto per il medico di effettuare o favorire trattamenti diretti a provocare la morte del malato.

Si intende esplicitare il divieto per il medico, non solo, di effettuare trattamenti sul paziente volti a provocare la morte, ma anche il divieto di favorire, attraverso comportamenti vari, anche semplicemente indiretti, la morte del paziente provocata da lui stesso o da altri.

E' evidente che una tale norma richiede un approfondimento sia su cosa si debba intendere per eutanasia, sia sul compito del medico di fronte a situazioni di patologie incurabili, sia, infine, sulla relazione fra tale compito e l'autodeterminazione degli assistiti in merito alla propria vita.

Attualmente, secondo le norme vigenti, nei casi di eutanasia attiva su persona consenziente si ha la realizzazione della ipotesi di reato di omicidio di cui all'art.579 c.p.

Secondo la previsione di tale articolo, però, si procede all'applicazione delle disposizioni relative all'omicidio volontario, nel caso in cui il fatto sia commesso "contro persona inferma di mente, o che si trovi in condizioni di deficienza psichica per un'altra infermità".

Come è noto, in alcuni Stati, quali l'Olanda, già da qualche anno, pur non essendo pervenuti ad un riconoscimento della legittimità dell'eutanasia volontaria, che in teoria è perseguibile penalmente, si è dettata una regolamentazione delle modalità e delle procedure secondo cui la stessa può essere attuata, nella forma di suicidio assistito, da parte di un medico.

Tutto ciò nel nostro Paese non è accettato nè a livello giuridico, nè a livello etico dal C.N.B. e neanche sul piano della deontologia medica.

Il codice ha anche tenuto presente il diritto del malato terminale a non essere oggetto di terapie dolorose ed inutili, di decidere consapevolmente in merito ai trattamenti cui sottoporsi ed alla qualità dell'ultimo tratto della sua vita.

Tutto ciò secondo un indirizzo per cui il medico, attraverso il rispetto e la tutela di tali diritti del malato, diviene un soggetto centrale "per la promozione della dignità del paziente terminale", per l'affermazione di una diversa "cultura della morte e del morire", mutuando espressioni significative del documento del C.N.B.

Ed è proprio secondo tale prospettiva che la posizione del codice è nettamente negativa nei confronti dell'eutanasia.

L'accettazione dell'eutanasia, infatti, oltre che al rispetto della volontà del malato, è spesso il portato di una visione della vita secondo cui questa sia da considerare senza valore se gravata di difficoltà o sofferenza, o se privata dell'autonomia, intesa come autosufficienza, o dell'efficienza in senso produttivistico.

Nella prospettiva, poi, dell'utilitarismo sociale l'eutanasia in alcuni Paesi trova giustificazione nella opportunità di impiegare risorse economiche solo nella cura di malati che per età e per tipo di patologia possano avere un recupero in termini di produttività.

Art. 37 Assistenza al malato inguaribile

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita.

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finchè ritenuta ragionevolmente utile.

Commento:

Questo articolo in connessione con l'art. 14 "accanimento diagnostico-terapeutico" affronta il delicato tema dell'assistenza al malato inguaribile. Si tratta di una serie di indicazioni fornite al medico riguardanti l'atteggiamento che lo stesso deve osservare nel momento in cui si trova di fronte a malattie in fase terminale.

La correzione del titolo che nel vecchio codice era "accertamento della morte" è giustificata dalla scelta di inserire l'ultimo comma che recita: "Il sostegno vitale dovrà essere mantenuto sino a quando non sia accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo" nell'articolo successivo, laddove si tratta di prelievo di parti di cadavere.

Questo articolo riguarda l'esercizio professionale proprio del medico ovvero non limitato all'applicazione delle sole competenze tecniche, bensì allargato all'elemento umano, etico-deontologico. Si fa riferimento ad una assistenza di tipo morale, a una scelta terapeutica che attende alla guarigione del paziente in considerazione della situazione terminale dello stesso, ma che comunque è atta a rendere l'ultima parte della vita degna di essere vissuta.

Le norme di questo articolo individuano i comportamenti pratici in cui devono tradursi i principi informatori dell'attività medica di fronte ai malati terminali e alla morte.

Nel primo comma, sulla scia di quanto già espresso agli artt. 14 e 20, al medico che si trovi a prestare la propria opera nei confronti di un malato incurabile, in fase terminale, viene, preliminarmente, indicato come presupposto fondamentale ed imprescindibile la conoscenza della volontà del paziente sugli interventi terapeutici praticabili.

Fermo il divieto di accanimento terapeutico, individuato all'art.14, il medico nel rispetto di detta volontà dovrà, pertanto, adoperarsi nella effettuazione di quell'insieme di trattamenti denominati cure palliative.

L'importanza di tali trattamenti viene rilevata nello specifico documento del C.N.B. ove, appunto, si afferma che "le cure palliative costituiscono una risposta adeguata al bisogno di assistenza dei malati inguaribili. (omissis)"

"Il malato inguaribile proprio per la sua condizione di sofferenza ha bisogno di continue cure finalizzate non a prolungare ad ogni costo e con ogni mezzo la vita, bensì a migliorarne la qualità: attenzioni rivolte all'assistenza psicologica al paziente ed alla famiglia, al sostegno spirituale, al trattamento dei sintomi, alla terapia del dolore".

Particolarmente efficace risulta, poi, la distinzione operata nel medesimo documento, che è la stessa fatta propria dal codice deontologico, tra cure palliative e accanimento terapeutico, che viene definito quale "segno di una medicina che ha perso il vero obiettivo della cura: una medicina che non si rivolge più alla persona malata, ma alla malattia e che avverte la morte come una sconfitta e non come evento naturale ed inevitabile. Le cure palliative, al contrario, danno sostegno e significato all'accompagnamento del morente e sono espressione di una medicina che si ricolloca al servizio della persona malata."

Le cure palliative sono, inoltre, considerate il più efficace antidoto alla richiesta di eutanasia che spesso è una fuga da una situazione esistenziale umanamente intollerabile che può essere ovviata solo da una diversa qualità dell'assistenza al morente, non burocratica ed impersonale, ma in cui siano effettivamente create le condizioni per morire con dignità.

Nel secondo comma viene affrontato il problema del sostegno vitale ai malati con compromissione dello stato di coscienza, lasciando sostanzialmente al medico la scelta di protrarre le terapie di sostegno vitale.

E' evidente che nella categoria di tali malati vanno ricomprese diverse tipologie di alterazioni di stati di coscienza più o meno gravi e dei quali può non essere possibile la formulazione di prognosi certa. In questi casi il medico è posto davanti a pesanti interrogativi sulle scelte da operare in merito alle terapie di sopravvivenza di pazienti interessati da tali situazioni.

Il codice non opera, ovviamente, al riguardo alcuna classificazione circa l'alterazione degli stati di coscienza dettando un principio di ordine generale che fissa nella utilità, da intendersi ai fini di una possibile ripresa, il

criterio cui il medico, in particolare il rianimatore, deve attenersi nella scelta del proseguimento dell'assistenza.

Appare questa una scelta di grande equilibrio, soprattutto con riferimento a situazioni enormemente complesse, nei riguardi delle quali è in corso un ampio dibattito in campo sia scientifico che etico. Per queste ragioni si è ritenuto opportuno lasciare al giudizio del medico, secondo le conoscenze offertegli dalla scienza e le considerazioni d'ordine morale che derivano anche da dette conoscenze, l'utilità del mantenimento delle terapie di sostegno vitale.

CAPO VI - TRAPIANTI

Art. 38 Prelievo di parti di cadavere

Il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico può essere effettuato solo nelle condizioni e nei modi previsti dalle leggi in vigore.

Il sostegno vitale dovrà essere mantenuto sino a quando non sia accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.

Commento:

Il capo VI del codice di deontologia medica è composto da due articoli che riguardano entrambi la materia dei trapianti. L'art. 38 fa riferimento al prelievo di parti di cadavere e l'art. 39 al "Prelievo di organi e tessuti da persona vivente".

E' subito da notare che la materia ha trovato una sua nuova regolamentazione legislativa successivamente alla redazione del codice di deontologia attraverso la legge 1° aprile 1999 n. 91 recante "Disposizioni in materia di prelievi e di trattamenti di organi e di tessuti". Tale normativa, che avrà la sua piena attuazione dopo l'approvazione dei decreti cui il Ministro è delegato, apre lo spazio per una vera e propria rivoluzione nel campo dei trapianti e in materia di prelievo di parti di cadavere.

La modificazione più importante è quella contenuta nell'art. 4 della nuova legge che dà fondamentale valore alla dichiarazione di volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte.

La normativa ha previsto che tutti i cittadini, al compimento della maggiore età, siano chiamati a dichiarare la propria volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti successivamente alla morte e che tale manifestazione di volontà, in senso ovviamente positivo o negativo, deve essere assolutamente rispettata.

La normativa prevede, inoltre, che la mancanza di dichiarazione di volontà è considerata quale assenso alla donazione.

La nuova legge è il frutto di una modificata concezione dei trapianti nel senso estensivo, in quanto ormai la società civile ne riconosce l'alto valore morale con l'intento di favorire la crescita di una vera e propria cultura in materia anche per rendere prevalente l'interesse dei malati rispetto ad un astratto concetto di "integrità del cadavere".

L'accertamento e la definizione della morte sono chiaramente stabiliti dalla legge 29 dicembre 1993 n. 578 e dal D.M. 22 agosto 1994 n. 582. Ne emerge un concetto unitario di morte identificata nella cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, sia in condizione di arresto cardiaco che di respirazione assistita. In ogni caso l'accertamento della morte deve essere attuato con il rispetto di precise modalità che, nell'eventualità di morte encefalica, prevedano anche un congruo periodo di osservazione.

Art. 39 Prelievo di organi e tessuti da persona vivente

Il prelievo di organi e tessuti da persona vivente è consentito solo se diretto a fini diagnostici, terapeutici o di ricerca scientifica e se non produttivo di menomazioni permanenti dell'integrità fisica o psichica del donatore, fatte salve le previsioni normative in materia.

Il prelievo non può essere effettuato per fini di commercio e di lucro e presuppone l'informazione e il consenso scritto del donatore o dei suoi legali rappresentanti.

Commento:

L'art. 39 è identico alla formulazione del 1995, tranne nella scelta di sostituire il termine "soggetto vivente" in "persona vivente" e di eliminare gli ultimi due commi che, riguardando temi esplicitamente disciplinati dalla legge, si è ritenuto di non riproporre. E' da ricordare, infatti, che la Commissione, che ha lavorato alla

stesura dell'attuale codice di deontologia medica, operò tale scelta allorchè ritenne di evitare all'interno dell'articolato codicistico il riferimento a disposizioni di legge.

In materia di prelievo di tessuti e organi da soggetti viventi, vengono in rilievo fundamentalmente due ordini di preoccupazioni, di natura etica e giuridica, che trovano riscontro, come dimostra il presente articolo, anche in ambito deontologico. Va innanzi tutto considerata la necessità che la donazione non implichi lesioni alla integrità fisica o psichica del donatore, così come sancito anche dalla norma giuridica posta dall'art. 5 c.c., trattandosi come è noto, nel caso dell'integrità psico-fisica, di bene non disponibile.

In tale fattispecie, pertanto, va osservato un principio di equilibrio tra l'interesse alla salute del ricevente e quello analogo del donatore che, se pur per fini nobilissimi, non può operare in modo da ledere irrimediabilmente la sfera della sua salute, tranne che in ipotesi espressamente previste e disciplinate dalla legge come nel caso della donazione di rene fra viventi di cui alla legge 26 giugno 1967, n. 458.

Le limitazioni di ordine giuridico a donazioni che comportano menomazioni per l'integrità fisico-psichica del donatore trovano corrispondenza in ambito etico così come puntualmente sottolineato anche dal C.N.B. che, pur non escludendo la possibilità di ampliare l'ambito dei possibili donatori di rene oltre i consanguinei più stretti, espressamente evidenzia "che l'atto medico in sè considerato, di donazione da vivente non si sottrae a qualche dubbio di non eticità della menomazione per la prospettiva di salute del donante".

A tali considerazioni vanno poi aggiunte le preoccupazioni derivanti dalla possibilità che si instauri un intollerabile commercio di organi in cui i "donatori" sarebbero soprattutto soggetti economicamente e giuridicamente deboli, per i quali la tutela dell'integrità fisica assumerebbe, nella pratica, una rilevanza del tutto secondaria.

Proprio con riferimento a tale preoccupazione il C.N.B. evidenzia la necessità di considerare la donazione di organi tra viventi "secondo una linea etica da contrapporre a quelle concezioni che sembrano consentire ad una commercializzazione di organi. Una tale commercializzazione implicherebbe in generale il collocarsi delle scelte e decisioni sui trapianti in una sfera di rapporti economici e non etici al cui interno non potrebbero non diffondersi soluzioni e pratiche distributive che non avrebbero nulla a che fare con quelle esigenze di parità, equità e giustizia che una prospettiva etica sui trapianti dovrebbe invece far valere".

L'articolo in esame pone a suo fondamento proprio le preoccupazioni suesposte e le considerazioni svolte in relazione alle stesse. Infatti viene in rilievo, per ciò che attiene al prelievo di tessuti (come ad es. pelle), la necessità di considerare sia la finalità dello stesso, che possono essere solo di natura terapeutica o di ricerca, sia il fatto che dal prelievo non derivino lesioni permanenti per l'integrità psico-fisica del donatore.

Viene inoltre espressamente vietato che il prelievo sia effettuato per fini di commercio o di lucro, e per lo stesso si richiede il consenso scritto del donatore o dei suoi legali rappresentanti. Appare evidente, dalla formulazione della norma, che, pur in presenza di un consenso del donatore, formalmente documentato, ove la donazione risulti mossa da motivi di lucro di cui il medico sia a conoscenza o, peggio, riguardo ai quali svolga un ruolo di mediazione, il medico stesso non può ritenersi esente da responsabilità, quanto meno, deontologica.

CAPO VII - SESSUALITÀ' E RIPRODUZIONE

Art. 40 Informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione.

Il medico, nell'ambito della salvaguardia del diritto alla procreazione cosciente e responsabile, è tenuto a fornire ai singoli e alla coppia, nel rispetto della libera determinazione della persona, ogni corretta informazione in materia di sessualità, di riproduzione e di contraccezione.

Ogni atto medico diretto a intervenire in materia di sessualità e di riproduzione è consentito soltanto al fine di tutelare la salute.

Commento:

Il capo VII si apre con l'art. 40 che si riferisce al tema dell'informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione.

Con tale articolo viene ribadito il compito del medico di fornire ai singoli e alla coppia le informazioni necessarie in materia di sessualità, di riproduzione e di contraccezione.

Rispetto alla precedente stesura del codice del 1995 è interessante notare l'eliminazione dell'inciso "nei limiti dell'attività professionale". Questo emendamento deve essere letto nell'ottica, che informa tutto il nuovo

codice, della responsabilizzazione del medico, al di là di quelli che sono gli stretti e specifici ambiti della propria attività professionale.

Dall'insieme della disciplina dettata dal nuovo codice deontologico emerge una chiara impostazione del riconoscimento della correttezza e doverosità di un comportamento del medico volto a rendere i cittadini pienamente consapevoli ed effettivamente responsabili delle opzioni fondamentali attinenti alla sfera della propria salute.

Con riferimento specifico all'ambito della sessualità, della riproduzione e contraccezione ciò si traduce nel dovere del medico di svolgere, nell'espletamento della sua attività professionale, opera di informazione indispensabile a rendere effettivo il diritto alla procreazione cosciente e responsabile.

Da ciò la necessità e, quindi, l'obbligo del medico di fornire tale informazione in modo corretto. Questo aggettivo riferito all'informazione risulta forse più idoneo rispetto all'"utile" rinvenibile nella norma corrispondente del previgente codice.

Se, infatti, il concetto di utilità presuppone una valutazione della situazione soggettiva ed oggettiva in cui l'informazione viene data e, quindi, un adeguamento della stessa a detta situazione secondo parametri che sono propri di chi opera tale adeguamento, la correttezza, invece, rinvia ai soli dati obiettivi che connotano l'oggetto dell'informazione che, pertanto, deve essere trasmessa per quello che è, senza passare al vaglio di valutazioni ed attraverso gli adeguamenti soggettivi di chi la fornisce.

Il riferimento alla corretta informazione in una materia quale quella della sessualità, in cui oltre ai dati di valenza scientifica vengono in rilievo importanti ed ineliminabili convincimenti e considerazioni d'ordine morale religioso, appare, dunque, il mezzo più adeguato per rendere effettivo in tale materia il principio sancito dal precedente art.17 che impone al medico, nel rapporto con il paziente, il rispetto dei diritti fondamentali della persona e, pertanto, vieta allo stesso di imporre le proprie opinioni morali o religiose ed in genere la propria concezione della vita.

Sempre con riferimento all'informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione, va rammentato quanto al riguardo sancito dalla L. 194 del 22 maggio 1978 che all'art. 5 fissa il dovere per il medico di fornire informazioni alla donna che intenda effettuare IVG circa i diritti a lei spettanti e gli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso. L'art.14, inoltre, prevede che "il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna."

Per quanto attiene poi al precetto di cui al secondo comma del presente articolo, va precisato che con esso si individua la tutela della salute, intesa nell'ampia accezione di cui al secondo comma dell'art.3, quale finalità che renda leciti trattamenti medici inerenti alla sessualità e riproduzione.

In tale previsione vanno ricompresi, pertanto, gli interventi espressamente consentiti dalla legge e cioè l'interruzione volontaria di gravidanza (L. n. 194 del 1978) e la correzione della transessualità (L. n.164 del 1982).

A tali trattamenti si aggiungono poi, in termini problematici in mancanza di apposite discipline normative, la sterilizzazione volontaria cui brevemente accenneremo di seguito, e la fecondazione artificiale e l'ingegneria genetica, per le quali si rinvia agli artt. 41 e 42.

Con riferimento alla sterilizzazione, va rammentato che nell'ambito della stessa si distingue tra:

- sterilizzazione terapeutica, diretta a risolvere problemi patologici attuali (lesioni neoplastiche) o potenziali
- sterilizzazione eugenica, diretta a impedire la nascita di figli colpiti da certe o probabili tare ereditarie
- sterilizzazione anticoncezionale, motivata dal desiderio di evitare la procreazione.

Mentre la sterilizzazione terapeutica, temporanea o permanente che sia o debba essere, si connette alla normale potestà di curare, vengono avanzati dubbi sulla legittimità giuridica della sterilizzazione anticoncezionale, specie se permanente e irreversibile in quanto contraria al disposto dell'art. 5 c.c.

In stretta analogia con quanto è occorso per l'interruzione volontaria della gravidanza, vi è chi sostiene che la legge di riforma sanitaria (23 dicembre 1978, n. 833), -estendendo il concetto di salute fino ad identificarlo con quello di benessere da assicurare nel rispetto della dignità e della libertà individuale- e la parallela legge sulla tutela della procreazione cosciente e responsabile, abbiano creato spazi di legittimità e di liceità all'atto medico sterilizzante. Esso, pertanto, verrebbe ad acquisire il significato di intervento da attuare nell'ambito del S.S.N.

Art. 41 Interruzione volontaria di gravidanza

L'interruzione della gravidanza, al di fuori dei casi previsti dalla legge, costituisce grave infrazione deontologica tanto più se compiuta a scopo di lucro.

Il medico obiettore di coscienza, ove non sussista imminente pericolo per la vita della donna, o, in caso di tale pericolo, ove possa essere sostituito da altro collega altrettanto efficacemente, può rifiutarsi d'intervenire nell'interruzione volontaria di gravidanza.

Commento:

Questo articolo facendo seguito all'impostazione generale sul tema del rifiuto d'opera professionale disciplinato dall'art. 19, già commentato, prevede disposizioni particolari in caso specifico dell'obiezione di coscienza derivate dalla richiesta di interruzione volontaria di gravidanza. In questo caso viene utilizzata correttamente la dizione obiezione di coscienza in quanto viene fatta propria la terminologia legislativa prevista dalla legge 194 del 1978 che ha prodotto nel nostro ordinamento la regolamentazione giuridica dell'interruzione volontaria della gravidanza.

I principi della legge sono ripresi e confermati anche a livello del codice di deontologia e pertanto l'osservanza della normativa in materia consente al medico di operare senza timore di incorrere in violazioni etico-deontologiche.

L'interruzione volontaria di gravidanza non costituisce violazione dei principi deontologici solo ove effettuata in conformità della Legge vigente in materia (L.194 del 1978).

Tale intervento, come è noto, può essere però rifiutato attraverso il ricorso all'obiezione di coscienza nei limiti e secondo le modalità fissati dalla legge.

In ambito deontologico il rispetto del sistema tracciato dalla legge fa assumere la connotazione di non illiceità agli interventi di interruzione di gravidanza, mentre la finalizzazione a scopo di lucro di prestazioni di tale natura operati al di fuori della legge comporta un aggravamento ulteriore della violazione deontologica.

Si ha, infatti, in tale fattispecie, una sorta di concorso formale eterogeneo di violazioni deontologiche in quanto con una medesima azione vengono ad essere violati più precetti che, nel caso specifico, sono quelli di cui all'articolo in esame e agli artt. 3 e 4, concernenti l'indipendenza e la dignità della professione.

Come annotazione finale va evidenziato che nell'ultimo comma è previsto per il medico obiettore la facoltà di rifiutarsi di intervenire nell'interruzione di gravidanza "se non sussista pericolo per la vita della donna, o in caso di tale pericolo ove non possa essere sostituito altrettanto efficacemente". Con tale norma si pone una disciplina specifica per la fattispecie della IVG rispetto a quella generale sull'obiezione di coscienza di cui all'art. 19, ove la legittima operatività della obiezione di coscienza trova limite nella possibilità che l'atteggiamento del medico possa essere "di grave e immediato nocumento al paziente".

Nella fattispecie in esame il limite è spostato, invece, al pericolo imminente di morte. La ragione di tale diversità va ricercata nel difficile bilanciamento di interessi, quelli della madre e quelli del concepito, ritenuti dall'obiettore del tutto omogenei, interessi che nell'interruzione volontaria di gravidanza vengono, ad avviso del medico obiettore, a contrapporsi creando un drammatico conflitto di coscienza.

Art. 42 Fecondazione assistita

Le tecniche di procreazione umana medicalmente assistita hanno lo scopo di ovviare alla sterilità.

E' fatto divieto al medico, anche nell'interesse del bene del nascituro, di attuare:

a) forme di maternità surrogata;

b) forme di fecondazione assistita al di fuori di coppie eterosessuali stabili;

c) pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce;

d) forme di fecondazione assistita dopo la morte del partner.

E' proscritta ogni pratica di fecondazione assistita ispirata a pregiudizi razziali; non è consentita alcuna selezione dei gameti ed è bandito ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale

di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali, nonché la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca.

Sono vietate pratiche di fecondazione assistita in studi, ambulatori o strutture sanitarie privi di idonei requisiti.

Commento:

La formulazione attuale dell'articolo è stata snellita rispetto al testo del 1995 esclusivamente da un punto di vista formale; sostanzialmente vengono ribaditi i punti di riferimento che il Consiglio Nazionale della Federazione nel 1995 ritenne di fissare al fine di individuare una linea di condotta che il medico deve seguire in situazioni riguardanti la fecondazione assistita.

La necessità di una regolamentazione legislativa che tuttora è carente e che fa sì che l'Italia rimanga l'unico Paese europeo privo di una normazione in materia, è oggi ancora più sentita in considerazione della mancata approvazione definitiva del testo unificato n. 4048/Senato approvato dalla Camera dei deputati il 26 maggio 1999 disegni e proposte di legge "Disciplina della procreazione medicalmente assistita". L'attuale situazione normativa, priva di regolamentazione giuridica, fa sì che sia possibile qualunque tipo di intervento senza alcuna garanzia del possesso dei requisiti idonei tali da far mancare ogni tutela alla corretta gestione socio-sanitaria del procedimento.

L'unico indirizzo esistente in materia è rappresentato dalla circolare del Ministro della Sanità Degan del 1987, che autorizzò nelle strutture pubbliche la fecondazione omologa pur senza definire i requisiti minimi delle strutture.

Il Ministero della Sanità nel marzo 1997, a seguito di gravissimi fatti di cronaca riguardanti donazioni dietro compenso, ha ritenuto necessario censire la presenza di centri presso cui si effettuano pratiche di inseminazione assistita.

La norma in esame recepisce in toto i contenuti di un ordine del giorno del 2 aprile 1995 dal Consiglio Nazionale della Federazione, in data poco precedente alla approvazione del precedente codice. Risulta interessante, al fine di chiarire meglio le scelte operate in materia di fecondazione assistita, riportare il testo di tale ordine del giorno con il quale, appunto, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO "di fronte all'imponente sviluppo del fenomeno della procreazione assistita, della maternità surrogata e della donazione di seme, consapevole della rilevanza medico-sociale che tale problematica riveste esprime la propria grave preoccupazione per le conseguenze che la mancata regolazione di tali pratiche può comportare sul piano deontologico per i medici e su quello psico-fisico per la madre e il bambino CHIEDE con forza al Governo e al Parlamento un urgente, sollecito, intervento legislativo per regolamentare la materia, ribadendo la disponibilità a collaborare per gli aspetti di propria competenza RITIENE che il bene del nascituro debba sempre considerarsi il criterio di riferimento essenziale per la valutazione delle diverse opzioni procreative e, pertanto, che per quanto riguarda l'ammissione a procedure di procreazione assistita, debbano essere comunque vietate:

- a) tutte le forme di maternità surrogata
- b) forme di fecondazione artificiale al di fuori di coppie eterosessuali stabili
- c) pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce
- d) forme di fecondazione artificiale dopo la morte del partner

Ritiene inoltre che sia proscriotta ogni pratica di procreazione assistita ispirata a pregiudizi razziali, che non sia consentita alcuna selezione del seme basata su prerogative di tipo socio economico o professionale e che sia bandito ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali;

INVITA gli Ordini provinciali a sottoporre a procedimento disciplinare i medici che non si attengono ai predetti principi, considerati ad oggi inderogabili o che svolgano, in materia, attività in contrasto con i sopra enunciati principi in studi, ambulatori o strutture sanitarie privi di idonei requisiti.

E' interessante, infine, evidenziare che il Comitato permanente dei medici europei, presa conoscenza della norma posta in materia di fecondazione assistita nel codice deontologico italiano, ha ritenuto di interesse generale la scelta italiana e ha deciso di porla, quindi, a base di una riflessione comune sul tema.

CAPO VIII - SPERIMENTAZIONE

Art. 43 Interventi sul genoma e sull'embrione umano

Ogni intervento sul genoma umano non può che tendere alla prevenzione e alla correzione di condizioni patologiche.

Sono vietate manipolazioni genetiche sull'embrione che non abbiano finalità di prevenzione e correzione di condizioni patologiche.

Commento:

Non a caso l'ampio capitolo dedicato alla sperimentazione si apre con un richiamo di alto significato bioetico alla tutela dei valori essenziali e peculiari nell'uomo, impressi nel e dal suo codice genetico. Si tratta di una corretta indicazione che allo stato attuale si rivolge all'ambito della ricerca scientifica piuttosto che alla realtà clinica, ma il monito che la sottende vuole imprimere nel medico una coscienza dei propri limiti morali di fronte alla tumultuosa evoluzione scientifica e alla propria responsabilità nei confronti dell'umanità oltretutto della singola persona.

La portata delle nuove conoscenze sul genoma umano è d'altronde universale tanto da aver indotto l'UNESCO ad adottare il 3-12-1998, una solenne dichiarazione universale che all'art.1 così si esprime: "il genoma umano sottende l'unità fondamentale di tutti i membri della famiglia umana, come pure il riconoscimento della loro intrinseca dignità e della diversità; in senso simbolico esso è patrimonio dell'umanità. All'articolo 10 e successivi la dichiarazione ammette la possibilità della ricerca scientifica sul genoma umano, ma solo "nel rispetto dei diritti dell'uomo, delle libertà fondamentali e della dignità degli individui, espressamente condannando la clonazione e stabilendo il fine esclusivo che è quello di alleviare le sofferenze o di migliorare la salute dell'individuo e di tutta l'umanità."

Anche la Convenzione del Consiglio d'Europa sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina approvata ad Oviedo il 4 aprile 1997 afferma (art.13) che "ogni intervento che abbia per scopo la modificazione del genoma umano non può essere intrapreso se non per scopo di prevenzione, di diagnosi o di terapia e solo se esso non abbia per fine quello di introdurre una modificazione nel genoma della discendenza." E' altresì interdetta ogni selezione del sesso "se non per evitare una malattia ereditaria legata, appunto al sesso".

D'altronde, lo stesso Consiglio d'Europa ha sottoposto alla firma degli Stati membri (Parigi 12 gennaio 1997), il protocollo addizionale alla convenzione di Oviedo recante l'esplicito divieto di ogni forma di clonazione di esseri umani.

Il tema che investe la manipolazione genetica e travalica nell'ambito della fecondazione assistita, non è ancora affrontato in Italia sul piano legislativo se si eccettuano ripetuti decreti ministeriali che vietano la clonazione umana.

Tutta la dottrina bioetica tende dunque ad aprirsi alla sperimentazione sul patrimonio genico ma solo ai fini di tutela della salute, da intendersi sia come prevenzione che come cura.

Lo sviluppo e la prospettiva di ulteriori progressi nel settore degli interventi sul genoma pongono, infatti, la necessità di individuare dei limiti entro cui detti interventi possano essere effettuati e ciò anche al fine di garantire l'umanità e lo stesso equilibrio dell'ecosistema da un uso indiscriminato della ingegneria genetica. Tale necessità appare tanto più urgente se si considera anche che da parte di alcuni ricercatori stranieri vengono fatte pressioni per ottenere il brevetto sui frammenti di geni umani da loro individuati.

Brevettare i geni significherebbe acquisirne la proprietà quindi il potere di produzione e di escludere altri da tale produzione.

Da ciò la necessità di fissare, in tale settore, principi etici inderogabili volti a garantire la tutela fondamentale della persona. In sede europea si è esclusa la brevettabilità del corpo umano e di parti di esso.

Per ciò che attiene in particolare alla terapia genica va evidenziato che il CNB ha prodotto al riguardo un documento, approvato il 15.2.1991.

I principi espressi in tale parere risultano di integrazione e specificazione delle indicazioni contenute nell'articolo in esame.

Innanzitutto viene operata una distinzione tra terapia genica somatica e terapia genica germinale. Il primo tipo di terapia "si propone di eliminare o ridurre i difetti molecolari a livello delle cellule somatiche con effetti limitati all'individuo " mentre il secondo "mira a correggere difetti genetici in cellule della linea germinale con effetto sulla discendenza".

Allo stato attuale la terapia genica germinale è, a parere del CNB, "improponibile dal punto di vista etico e scientifico.

Il principio etico fondamentale chiamato in causa è quello della intangibilità del patrimonio genetico di un soggetto, che può tuttavia conciliarsi con quello del diritto di un individuo al mantenimento o al recupero dell'efficienza della propria dotazione genica.

Dal punto di vista scientifico-empirico l'improponibilità dell'intervento deriva dal fatto che non esistono attualmente le basi concettuali e tecniche per prevedere gli effetti di una terapia genica germinale sullo sviluppo dell'individuo e della sua discendenza; non si deve tuttavia considerare preclusa in futuro la possibilità che, con l'acquisizione di nuove conoscenze e lo sviluppo di tecniche più efficienti, si realizzi una integrazione mirata di geni nella linea germinale senza alterare la struttura e la funzione del genoma."

Va però precisato al riguardo che il diritto all'identità genetica va inquadrato tra i diritti della personalità, ed è da intendersi quale diritto ad una sfera intangibile da manipolazioni esterne; ciò non significa che tale diritto sia incompatibile con la libertà di poter scegliere di modificare il proprio patrimonio genetico ove questo risulti difettoso.

Risultano di notevole interesse le considerazioni svolte dal CNB nel documento prodotto sulla terapia genica in merito agli altri problemi etici posti dalla terapia genica germinale, ulteriori rispetto a quello della intangibilità del patrimonio ereditario di un soggetto. In particolare viene posto in rilievo il problema della "responsabilità di decidere quali geni trasmettere alla discendenza, ammesso che l'identità genetica venga mantenuta e che il gene possa inserirsi correttamente nei cromosomi e seguire le normali leggi mendeliane dell'eredità. Il problema non tocca solo la singola persona con la sua progenie, ma si estende alla collettività, in quanto un intervento sistematico sul genoma di singoli individui può avere riflessi sulla struttura genetica della popolazione. Una azione negativa sul carico genetico, ossia l'insieme delle mutazioni deleterie che passano da una generazione all'altra potrebbe essere giustificato, mentre non sarebbe accettabile un intervento mirato al potenziamento di determinate qualità o all'induzione di nuovi caratteri. Modificazioni indotte nel genoma con questa finalità rientrano nell'eugenetica positiva che non è ammissibile a priori per due ragioni fondamentali: non esistono criteri validi per stabilire quali caratteri fisici o comportamentali debbano essere migliorati o innovati a beneficio dell'individuo e della società; quand'anche risultasse proponibile un intervento a scopo perfezionativo non vi sarebbe il modo di decidere quali potrebbero essere i destinatari. In assenza di una attenta sorveglianza la terapia genica germinale potrebbe portare ad abusi e condotte aberranti che si risolverebbero nella negazione della libertà individuale e nella discriminazione tra soggetti."

Quanto alla terapia genica somatica il CNB ritiene che sia "accettabile da tutti i punti di vista, essendo assimilabile ad una terapia sostitutiva o ad un trapianto non a livello di organo, di tessuto o di cellule ma a livello molecolare.

Ogni tentativo di terapia genica della linea somatica -a parere del CNB- dovrebbe essere accompagnato e preceduto da una accurata analisi dei seguenti fattori:

- a) possibili benefici e possibili rischi di tale terapia;
- b) confronto in termini di benefici, rischi ed efficacia della terapia in oggetto con terapie tradizionali riconosciute ed accettate dalle scienze mediche;
- c) soddisfacimento delle misure di controllo e delle condizioni di accettabilità della terapia genica somatica stabilite dalle norme vigenti e dalle consuetudini accettate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.

Il Comitato Nazionale di Bioetica ritiene che la terapia genica somatica possa rientrare nel dominio più generale della sperimentazione nell'uomo di nuovi indirizzi terapeutici e debba come tale rispondere a tutti i criteri di accettabilità comuni a questi tipi di interventi.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica richiama l'attenzione sull'opportunità che una definita autorità:

- a) aggiorni l'elenco di condizioni patologiche ereditarie, congenite o acquisite, per le quali sussista l'indicazione di terapia genica somatica;
- b) definisca criteri guida per le operazioni tecnico-preparative caratteristiche del settore e per i metodi di monitoraggio successivo degli esiti delle esigenze terapeutiche, anche in stretto collegamento con i Centri e i ricercatori operanti in altri paesi;
- c) proceda alla raccolta di dati sulla sperimentazione in corso."

Tali indicazioni caricano di significato anche i precetti deontologici della norma in esame, ed in particolare quello di cui al secondo comma, ai sensi del quale possono effettuarsi trattamenti di tipo genetico sul prodotto del concepimento al solo fine di prevenzione e correzione di condizioni patologiche, rispecchiando in ciò quanto il CNB ha precisato in merito al diritto alla integrità genetica da intendersi quale "diritto a ottenere l'assistenza necessaria a raggiungere un'identità genetica liberata dalle minorazioni che ne hanno colpito la struttura."

Art. 44 Test genetici predittivi

Non sono ammessi test genetici se non diretti in modo esclusivo a rilevare o predire malformazioni o malattie ereditarie e se non espressamente richiesti, per iscritto, dalla persona interessata o dalla madre del concepito, che hanno diritto alle preliminari informazioni e alla più ampia e oggettiva illustrazione sul loro significato, sul loro risultato, sui rischi della gravidanza, sulle prevedibili conseguenze sulla salute e sulla qualità della vita, nonché sui possibili interventi di prevenzione e di terapia.

Il medico non deve, in particolare, eseguire test genetici predittivi a fini assicurativi od occupazionali se non a seguito di espressa e consapevole manifestazione di volontà da parte del cittadino interessato.

Commento:

Si è ritenuto di redigere un articolo specifico riguardo al tema dei test genetici e predittivi, che si è già prepotentemente imposto a livello diagnostico, nella duplice metodologia dello screening e del test mirato su soggetti ritenuti esposti a rischio ereditario.

La prima parte dell'articolo, in sintonia con l'art.12 della Convenzione sui diritti dell'uomo e la Biomedicina (Oviedo-1997), conferma come non possa procedersi a test predittivi di malattie genetiche al fine sia di identificare un soggetto come portatore di un gene responsabile di malattia sia di svelare una predisposizione o una suscettibilità genetica ad una malattia se non per fini medici o di ricerca medica e previa consultazione con un appropriato comitato di consulenza genetica.

Anche in questo caso è essenziale un consenso espresso per iscritto dalla persona interessata o dei suoi legali rappresentanti in caso di soggetti minori o incapaci, e a maggior ragione, della donna in stato di gravidanza.

La conseguenza, in quest'ultima ipotesi, è rappresentata in caso di positività del test su materiale coriale, dalla interruzione volontaria della gravidanza la cui scelta peraltro dipende unicamente e solo dalla volontà della donna.

Massima prudenza e saggia condotta si impongono ai medici nel ricorso a test genetici in soggetti giovani, particolarmente se d'età minore e nella rivelazione, peraltro ineludibile, della incombenza di una malattia genetica a sviluppo tardivo, per cui massima attenzione va rivolta al possibile impatto sulla qualità della vita. Nel rispetto della privacy si impone in ogni caso il ricorso alla consulenza genetica.

Definitivo è il divieto per il medico di compiere e tanto meno di eseguire test genetici a fini assicurativi od occupazionali sottolineando la illiceità di comportamenti che, finalizzati o non scopo di lucro, sono chiaramente in contrasto con i principi fondamentali dell'etica e della deontologia medica.

Al riguardo va evidenziato che a favore di tali test potrebbero premere per motivi diversi compagnie di assicurazioni (per la stipula dei contratti sulla vita e sulla malattia) e datori di lavoro, a scopo di selezione occupazionale.

Altri test possono fornire indicazioni sulle predisposizioni a determinate malattie o sulla agevolazione del loro sviluppo in concomitanza di un determinato ambiente di lavoro.

Al riguardo va evidenziato che la Risoluzione Az-327 del 1988 del Parlamento europeo riconosce come inalienabile il diritto del lavoratore ad essere informato e consultato prima degli esami, nonchè di rifiutare le analisi genetiche senza indicazioni dei motivi e senza che ciò possa comportare conseguenze negative. Ma il rifiuto da parte del medico dovrebbe resistere anche alla lusinga del consenso.

Art. 45 Sperimentazione scientifica

Il progresso della medicina è fondato sulla ricerca scientifica che si avvale anche della sperimentazione sull'animale e sull'Uomo.

Commento:

Si tratta di un articolo generale che pone principi che saranno meglio esplicitati negli articoli successivi, finalizzati a specifiche situazioni entro le quali la sperimentazione si svolge. Questo articolo esprime un concetto fondamentale della professione medica, ossia la storia della sperimentazione scientifica che è

strettamente connessa al progresso medico, che peraltro non potrà mai prescindere dal rispetto dell'uomo inteso come individuo portatore della propria dimensione etica.

Con tale norma è posto un principio d'ordine generale di pieno riconoscimento e validità della ricerca e della sperimentazione quali elementi imprescindibili per il progresso della medicina, in armonia con l'art.33 della Costituzione della Repubblica.

Il coinvolgimento nell'attività di ricerca e sperimentazione in campo medico di valori fondamentali quali la tutela della libertà, dell'informazione, dell'integrità e della salute degli uomini nonché della limitazione delle sofferenze per gli animali (v. al riguardo art.47), richiede la fissazione di limiti e di principi generali da parte dell'ordinamento giuridico e di quello deontologico.

"Per sperimentazione deve intendersi l'insieme di quelle attività e procedure medico-chirurgiche che non abbiano ancora conseguito, sia per la natura innovativa dei mezzi impiegati e delle tecniche diagnostiche o terapeutiche esperite, sia per le inusuali caratteristiche qualificative, quantitative e modali della loro applicazione, una consolidata e tramandata legittimazione clinico-scientifica."

(Da: Guida all'esercizio professionale per i medici chirurghi e gli odontoiatri, p.103) .

La sperimentazione può essere effettuata, com'è noto:

- su soggetti sani con scopi meramente scientifici, d'interesse biologico o clinico
- su soggetti ammalati, con finalità clinico-scientifica o terapeutica.

Le diverse forme di sperimentazione vanno rapportate a diversi criteri e parametri. Nel nostro ordinamento giuridico, mentre è stata posta un'articolata disciplina giuridica per quanto attiene alla sperimentazione dei farmaci, per la sperimentazione clinica non vi è un quadro di riferimento normativo definito nè si ha una individuazione di organi di controllo, nè di una struttura a livello centrale che sovrintenda a tale attività con poteri anche di intervento.

A questo riguardo va segnalato il ruolo svolto dai Comitati Etici attivati in alcuni ospedali, ASL e dei Comitati Etici e Tecnici Regionali costituiti in alcune Regioni.

Deve sottolinearsi come il Decreto Ministeriale del 18 marzo 1998 "linee guida di riferimento per l'istituzione e il funzionamento dei comitati etici" e la circolare interpretativa del Ministero della Sanità 8 aprile 1999 n. 6 giungono a fornire regole e orientamenti omogenei per l'istituzione e l'attività dei Comitati etici; ma tale disciplina esprime l'esigenza di controllo tecnico ed etico della sperimentazione farmacologica nell'uomo (fase III e IV) e crea quindi un possibile "vuoto" per quanto riguarda ogni altra forma di sperimentazione sull'uomo.

Art. 46 Ricerca biomedica e sperimentazione sull'Uomo

La ricerca biomedica e la sperimentazione sull'Uomo devono ispirarsi all'inderogabile principio dell'inviolabilità, dell'integrità psicofisica e della vita della persona. Esse sono subordinate al consenso del soggetto in esperimento, che deve essere espresso per iscritto, liberamente e consapevolmente, previa specifica informazione sugli obiettivi, sui metodi, sui benefici previsti, nonché sui rischi potenziali e sul diritto del soggetto stesso di ritirarsi in qualsiasi momento della sperimentazione.

Nel caso di soggetti minori o incapaci è ammessa solo la sperimentazione per finalità preventive e terapeutiche a favore degli stessi; il consenso deve essere espresso dai legali rappresentanti.

Ove non esistano finalità terapeutiche è vietata la sperimentazione clinica su minori, su infermi di mente o su soggetti che versino in condizioni di soggezione o dietro compenso di qualsiasi natura.

La sperimentazione deve essere programmata e attuata secondo idonei protocolli nel quadro della normativa vigente e dopo aver ricevuto il preventivo assenso da parte di un comitato etico indipendente.

Commento:

L'art. 46 tratta della sperimentazione, di ogni sperimentazione medica sull'uomo che, oltre a ispirarsi a principi evidenti di inviolabilità e integrità psico-fisica della persona, deve essere pienamente conosciuta e accettata dal soggetto che vi si sottopone volontariamente.

Emerge così la necessità dell'acquisizione del consenso chiaramente e consapevolmente espresso. La novità di questo articolo, che discende da varie esperienze vissute nel corso di questi ultimi anni, è contenuta nell'ultimo comma che prevede la programmazione della sperimentazione e la sua attuazione secondo idonei protocolli rispettosi di principi normativi.

Sulla ricerca biomedica valgono le raccomandazioni contenute nella "Dichiarazione di Helsinki" dell'Associazione medica mondiale del 1964 (riveduta e modificata nel 1975, nel 1983 e nel 1989) e della quale di seguito si riporta la parte concernente, appunto, i principi fondamentali".

"1 La ricerca biomedica sui soggetti umani deve uniformarsi a principi scientifici generalmente accettati e basarsi su una sperimentazione tanto di laboratorio quanto su animali svolta in modo adeguato, nonché su una approfondita conoscenza della letteratura scientifica.

2 La definizione e l'esecuzione di ogni procedura sperimentale applicabile a soggetti umani vanno chiaramente formulate in un protocollo da trasmettersi ad un comitato indipendente dallo sperimentatore e dallo sponsor, appositamente nominato onde averne il parere, i commenti e la guida, a condizione che questo comitato indipendente sia conforme alle legge ed alle regolamentazioni vigenti nel paese nel quale si effettua la ricerca sperimentale.

3 La ricerca biomedica su soggetti umani deve essere svolta soltanto da persone scientificamente qualificate e sotto la supervisione di un medico competente sotto il profilo clinico. La responsabilità dei soggetti umani deve sempre spettare ad una persona qualificata sotto il profilo medico e mai al soggetto della ricerca stessa, anche se quest'ultimo ha dato il proprio consenso.

4 La ricerca biomedica su soggetti umani non è legittima se l'importanza dell'obiettivo da raggiungere non è proporzionata al rischio corso dai soggetti.

5 Ogni progetto di ricerca biomedica su soggetti umani deve essere preceduto da una accurata valutazione comparativa dei rischi e dei benefici per il soggetto o per altre persone. Agli interessi del soggetto va accordata la priorità rispetto agli interessi di scienza e società.

6 Il diritto del soggetto della ricerca a salvaguardare la propria integrità va sempre rispettato. Va presa ogni precauzione per rispettare la sfera privata del soggetto e minimizzare le ripercussioni dello studio sulla sua integrità fisica e mentale nonché sulla sua personalità.

7 I medici devono evitare di impegnarsi in progetti di ricerca su soggetti umani qualora non siano convinti che i rischi sono ritenuti prevedibili. I medici dovranno porre termine ad ogni indagine qualora riscontrino che i rischi sono superiori ai potenziali benefici.

8 Nel pubblicare i risultati della propria ricerca al medico è fatto obbligo di salvaguardare l'accuratezza dei risultati. I rapporti relativi ad una sperimentazione non conforme ai principi enunciati nella presente dichiarazione non vanno accettati ai fini della pubblicazione.

9 In qualsiasi ricerca su essere umani ogni soggetto potenziale va informato in modo adeguato circa obiettivi, metodi, vantaggi previsti e rischi potenziali dello studio nonché disagi che lo studio stesso può comportare. Esso od essa va informato che è liberto di astenersi dal partecipare allo studio e ritirare il proprio consenso ad una tale partecipazione. Il medico deve quindi ottenere il consenso liberto ed informato del soggetto, preferibilmente per iscritto.

10 All'atto di ottenere il consenso informato per il progetto di ricerca, il medico deve esercitare particolare cautela qualora il soggetto si trovi in una relazione di dipendenza dal medico stesso ovvero il suo consenso possa venire estorto con la violenza. In tali casi il consenso informato va ottenuto da un medico non impegnato nell'indagine e completamente indipendente da relazioni ufficiali.

11 In caso di incapacità giuridica, il consenso informato va ottenuto da chi ha la custodia e la tutela del soggetto conformemente alla legislazione nazionale. Nel caso in cui l'incapacità fisica e mentale renda impossibile ottenere il consenso informato del soggetto o qualora quest'ultimo non abbia ancora raggiunto la maggiore età, il permesso del parente responsabile sostituisce quello del soggetto conformemente alla legislazione nazionale.

Ogni qualvolta peraltro un minore sia in grado di dare il proprio consenso, questo va ottenuto in aggiunta a quello di chi ne ha la custodia e la tutela.

12 Il protocollo di ricerca deve sempre contenere un'enunciazione delle considerazioni etiche in causa e mostrare il fatto che i principi della presente dichiarazione sono rispettati.

In ogni Paese scientificamente evoluto, ogni protocollo sperimentale viene esaminato da un Comitato etico, che esprime un parere non vincolante ma impegnativo.

Art. 47 Sperimentazione clinica

La sperimentazione, disciplinata dalle norme di buona pratica clinica, può essere inserita in trattamenti diagnostici e/o terapeutici, solo in quanto sia razionalmente e scientificamente suscettibile di utilità diagnostica o terapeutica per i cittadini interessati.

In ogni caso di studio clinico, il malato non potrà essere deliberatamente privato dei consolidati mezzi diagnostici e terapeutici indispensabili al mantenimento e/o al ripristino dello stato di salute.

Commento:

L'articolo in commento riguarda essenzialmente la sperimentazione clinica con particolare riferimento a quella di nuovi farmaci.

La dichiarazione di Helsinki sulla ricerca clinica formula le seguenti raccomandazioni.

1 Nel trattare il malato, il medico deve essere libero di far ricorso ad una nuova misura diagnostica e terapeutica se a suo giudizio questa offre la speranza di salvare una vita umana, ridare la salute o alleviare le sofferenze.

2 I potenziali vantaggi, rischi e disagi in un nuovo metodo andranno confrontati con i vantaggi dei migliori metodi diagnostici e terapeutici di uso corrente.

3 In ogni studio medico tutti i pazienti - inclusi quelli di un eventuale gruppo di controllo - devono avere la garanzia che nel loro caso vengano impiegati i migliori metodi diagnostici e terapeutici.

4 Il rifiuto del paziente di prendere parte ad uno studio non deve mai interferire con la relazione medico-paziente.

5 Qualora il medico ritenga di fondamentale importanza non ottenere il consenso informato del paziente le ragioni specifiche di questa proposta vanno dichiarate nel protocollo sperimentale da trasmettersi al comitato indipendente.

6 Il medico può combinare ricerche mediche e cure allo scopo di acquisire nuove conoscenze mediche soltanto se ed in quanto la ricerca medica è giustificata dal suo potenziale valore diagnostico e terapeutico per il paziente.

Per quanto riguarda la sperimentazione di nuovi farmaci sono tuttavia intervenute le nuove direttive di cui al decreto ministeriale 18 marzo 1998 che prevedono il decentramento dell'attività di ratifica dei nuovi farmaci attraverso la successiva sperimentazione effettuata in sede clinica in fase III e IV.

In pratica, seguendo l'orientamento espresso in sede di Comunità europea che sottopone la sperimentazione di medicinali (sia nuovi che diversamente utilizzati) a precise regole cosiddette di "good clinical practice" approvate dall'U.E. il 17.7.1996, il Governo italiano, con D.M. 15 luglio 1997 ha recepito tale metodologia che chiaramente stabilisce le norme amministrative e i requisiti tecnici scientifici ed etici dei protocolli presentati dalle industrie farmaceutiche che assumono la qualifica di sponsor.

Successivi decreti hanno decentrato alle aziende sanitarie o ai centri clinici specializzati il controllo di efficacia e di sicurezza dei farmaci proposti, prima della loro dichiarazione di notorietà e immissione in mercato. Una responsabilità di così forte peso sanitario e morale viene così confidata come in ogni altro paese evoluto, ai centri clinici ove si affrontano le essenziali fasi della sperimentazione sull'uomo sano ma più spesso sull'ammalato, attraverso metodologie molto rigorose che prevedono il confronto (spesso versus placebo), la somministrazione con le procedure della cecità semplice o doppia, la valutazione biostatistica dei risultati (Decreto 18 e 19 marzo 1998).

Si tratta di delicatissime valutazioni clinico scientifiche ed etiche di cui è garante e giudice (unico) un Comitato Etico indipendente, operante sulla struttura ove si realizza l'esperimento e che è obbligatoriamente composto da figure professionali, almeno in parte esterne alla struttura, che prevedono la presenza di 2 clinici, di un farmacologo, di un biostatistico, di un bioeticista e di un medico legale.

Fondamentale nelle regole di buona condotta clinica è il consenso dell'ammalato, che deve essere consapevole dei benefici ma anche dei rischi connessi alla sperimentazione.

In questa chiave va letto oggi l'art.37 che va oltre le stesse regole europee, là ove assicura che il paziente non venga privato della terapia già consolidata per efficacia e sicurezza.

Queste nuove regole esaltano in definitiva il ruolo del Comitato etico ma creano indubbe difficoltà organizzative e di rapporto con le altre istanze etiche del tutto esenti da vincolatività, che sottendono la consulenza etica per le sperimentazioni diverse da quelle dirette a validare i nuovi farmaci.

Art. 48 Sperimentazione sull'animale

La sperimentazione sull'animale deve essere improntata a esigenze e a finalità scientifiche non altrimenti conseguibili, a una fondata aspettativa di progresso della scienza medica e deve essere

condotta con metodi e mezzi idonei a evitare ogni sofferenza, dopo aver ricevuto il preventivo assenso da parte di un comitato etico.

Commento:

L'articolo tratta di un ulteriore ambito relativo alla sperimentazione in modo non innovativo rispetto al passato, in quanto vengono riproposte linee di condotta già esplicitate nel vecchio codice.

Si ribadisce la necessità che la sperimentazione sull'animale, sulla cui validità la disputa è da tempo accesa, debba rispettare le previsioni stabilite da norme di legge.

Innegabile è a livello scientifico la validità di una sperimentazione effettuata sull'animale ma una più ampia partecipazione dell'opinione pubblica al dibattito sui cosiddetti diritti dell'animale ha fatto sì che numerose voci si siano levate, in quest'ultimo periodo, contro questo tipo di sperimentazione, se non adeguatamente controllata.

La sperimentazione sull'animale resta comunque una esigenza fondamentale del progresso scientifico terapeutico cui non è possibile oggi rinunciare e che quindi come ben chiarisce l'art. 48, è necessario attuare sulla base di specifiche previsioni normative.

L'articolo in esame, oltre al rinvio alla normativa legislativa vigente in materia, con riferimento alla sperimentazione sugli animali, pone dei limiti alla stessa a tutela degli animali medesimi, recependo, in maniera sostanziale, le indicazioni, che sul problema dei diritti degli animali sono scaturite dalla riflessione etica e filosofica.

La norma deontologica in esame sancisce il dovere del medico di effettuare la sperimentazione sugli animali sulla base di effettiva necessità ed in un'ottica di fondate aspettative di esito positivo della stessa, in termini di progresso terapeutico, nel rispetto del principio fondamentale di evitare ogni sofferenza.

Tale norma oltre a recepire le istanze etiche cui si è accennato, si pone sulla stessa linea di principio delle indicazioni del Consiglio d'Europa (raccomandazione n.621 del 1971 e direttiva del Consiglio 86/609 CEE) in materia, indicazioni che dovrebbero trovare attuazione in normative statali delle nazioni della comunità, ma che comunque, individuano in via generale, quindi in modo utile anche per ambiti diversi da quello strettamente giuridico, i comportamenti pratici cui gli uomini devono attenersi in attuazione dei loro doveri e nel rispetto dei "diritti" degli animali usati per la sperimentazione. A tale riguardo si segnalano le prescrizioni comunitarie più significative in materia:

1) Agli animali destinati alla sperimentazione devono essere assicurate buone condizioni di vita, valendosi anche di veterinari con esperienza di animali da laboratorio e di personale preparato a trattare con amore gli animali loro affidati.

2) Alla sperimentazione deve essere sottoposto il numero degli animali assolutamente minimo, oggettivamente indispensabile per ottenere risultati non ottenibili per altre vie.

3) Ogni sofferenza che può essere evitata all'animale deve essere evitata. Nessun intervento seriamente doloroso per l'animale può essere compiuto se non previa analgesia o anestesia.

Ogni deroga che i ricercatori ritengano necessaria potrà essere fatta solo dietro verifica previa e autorizzazione di un organismo competente estraneo alla ricerca stessa.

All'animale deve essere procurata morte indolore al termine di una sperimentazione, quando questa dovesse lasciare lo stesso in una condizione di sofferenza grave e inguaribile.

La sperimentazione sugli animali è disciplinata dal Decreto legislativo del 27.1.1992 con il quale è stata recepita nel nostro ordinamento la direttiva C.E.E. n. 86/609.

Si ricorda che la legge 12 ottobre 1993, n. 413, legittima la obiezione di coscienza nei confronti della sperimentazione sull'animale.

CAPO IX -TRATTAMENTO MEDICO E LIBERTA' PERSONALE

Art. 49 Obblighi del medico

Il medico che assista un cittadino in condizioni limitative della libertà personale è tenuto al rispetto rigoroso dei diritti della persona, fermi restando gli obblighi connessi con le sue specifiche funzioni.

In caso di trattamento sanitario obbligatorio il medico non deve porre in essere o autorizzare misure coattive, salvo casi di effettiva necessità e nei limiti previsti dalla legge.

Commento:

Il capo IX del codice di deontologia medica è dedicato al Trattamento medico e libertà personale. Si è inteso con la dizione "Trattamento medico" allargare il concetto precedente che faceva riferimento esclusivamente ai pazienti reclusi.

Per quanto riguarda lo specifico dell'art. 49 occorre sottolineare l'inserimento di un secondo comma che obbliga il medico a non porre in essere misure coattive in caso di rifiuto del soggetto passivo del trattamento sanitario obbligatorio.

Si è voluto sottolineare che il medico, se non in casi eccezionali e normativamente previsti, non può e non deve mai essere fonte di violenza e di coercizione nei confronti di un soggetto che non voglia essere sottoposto a determinati trattamenti e terapie.

Lo stato di reclusione del paziente in istituti di pena non comporta per il medico alcuna modifica dei doveri di rispetto dei diritti e della dignità dell'assistito.

Il compito del medico, individuato dall'art.3 nella difesa e rispetto della vita della salute fisica e psichica dell'uomo e sollievo della sofferenza, non deve, pertanto, subire condizionamento o modifiche in relazione al fatto che il paziente si trovi in stato di detenzione.

In tale precetto viene recepito il principio, che è anche d'ordine costituzionale, secondo cui tutti i cittadini hanno pari dignità senza distinzione di sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

Alla luce di tale impostazione, pertanto, il medico anche con riferimento agli obblighi connessi con le sue specifiche funzioni, al rispetto delle quali la norma fa espresso richiamo, non potrà contravvenire ai suoi doveri deontologici che caratterizzano l'attività professionale nel senso prima indicato.

Art. 50 Tortura e trattamenti disumani

Il medico non deve in alcun modo o caso collaborare, partecipare o semplicemente presenziare ad atti esecutivi di pena di morte o ad atti di tortura o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti.

E' vietato al medico di praticare qualsiasi forma di mutilazione sessuale femminile.

Commento:

Questo articolo è stato ampliato nella sua formulazione inserendo tra i divieti per il medico la collaborazione, partecipazione ad atti di tortura o a trattamenti crudeli e disumani e degradanti allargandolo alla partecipazione ad atti esecutivi di pena di morte, anche se il nostro ordinamento penale non la prevede e recentemente in tal senso è stato modificato anche l'ordinamento militare che la stabiliva in caso di guerra.

Questo dà il senso della linea di pensiero e di condotta che a livello legislativo e di Governo è stata assunta nei confronti della pena di morte. Il fatto, comunque, che il codice abbia ritenuto, in questa nuova formulazione, di esplicitare questo divieto di presenziare ad atti esecutivi di pena di morte, deve essere inteso come una volontà di esplicitare questa posizione a livello sia nazionale che internazionale.

E' noto, infatti, che alcuni Paesi, quali gli Stati Uniti, prevedono nel loro ordinamento giudiziario questa pena nonostante le prese di posizione decise anche di organizzazioni mediche. Continua a essere prevista la presenza di un medico in situazioni di questo tipo e soprattutto che non vengono poi irrogate efficaci azioni sanzionatorie nei confronti di quei medici che hanno partecipato a questo tipo di attività.

Il senso dell'articolo, i divieti che lo stesso pone e l'utilizzo dei termini collaborare, partecipare, presenziare tendono a rafforzare il divieto posto al medico riguardo alla diretta, ma anche indiretta, partecipazione ad atti che comportino lesioni nei confronti del soggetto sottoposto a tortura o a trattamento crudele.

L'ultimo comma inserito nell'attuale versione del codice di deontologia medica che fa divieto al medico di praticare qualsiasi forma di mutilazione sessuale femminile, risente della nuova struttura multirazziale della società fenomeno che si sta incrementando anche nel nostro Paese e vuole essere una espressione moderna di rifiuto di qualunque tipo di attività che pur con motivazioni di tipo religioso-rituale, comunque è da ritenere illecito dal punto di vista etico-deontologico essendo l'infibulazione una forma di mutilazione inaccettabile.

La norma sancisce, in modo sinteticamente efficace, l'assoluta incompatibilità dell'esercizio della medicina con pratiche lesive della libertà, dignità ed integrità della persona.

Pertanto, ove vengano effettuati trattamenti crudeli, o disumani, o degradanti, il medico non può fornire un avallo, anche indiretto, agli stessi neanche con la sua presenza.

E' evidente che da un diverso comportamento deriverebbe un vero e proprio snaturamento della professione. Questo articolo traduce, in termini deontologici, la previsione dell'art.13 della Costituzione, 4°

comma, ai sensi del quale è punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà.

Anche nei codici deontologici di altre nazioni, ed in particolare di quelle europee, sono rinvenibili norme analoghe a quella in esame, pur se nell'ambito delle stesse sono rilevabili diversità di articolazione.

I codici francese, spagnolo, portoghese e del Lussemburgo, ad esempio, vietano al medico di partecipare direttamente o indirettamente a sevizie e trattamenti degradanti per la natura umana, quali che siano le giustificazioni invocate, sia in tempo di pace che in caso di guerra.

Il codice spagnolo estende il divieto anche alle pratiche finalizzate alla manipolazione delle coscienze e alla diminuzione della capacità di resistenza dell'individuo.

In Spagna e in Lussemburgo è fatto obbligo al medico di sporgere denuncia all'autorità, qualora visitando un detenuto constati che questi abbia subito maltrattamenti o trattamenti inumani o crudeli; il codice lussemburghese specifica che è necessario il consenso dell'interessato e, tuttavia, questo non è indispensabile qualora lo stesso non sia in grado di esprimere liberamente una decisione.

Secondo il codice portoghese, inoltre, il medico deve impedire o denunciare al proprio Ordine qualunque atto lesivo della salute fisica o psichica dei detenuti della cura dei quali sia responsabile.

Per quanto attiene, in particolare, all'obbligo del medico di denunciare all'autorità giudiziaria situazioni delittuose di maltrattamenti o lesioni a reclusi dallo stesso rilevate, va rammentato che tale obbligo è giuridicamente fissato dalle norme del codice penale di cui agli artt. 361-362 e 365 riguardanti, rispettivamente, l'omessa denuncia da parte di pubblico ufficiale, o di incaricato di pubblico servizio e l'omissione di referto.

Art. 51 Rifiuto consapevole di nutrirsi

Quando una persona, sana di mente, rifiuta volontariamente e consapevolmente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle conseguenze che tale decisione può comportare sulle sue condizioni di salute. Se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative costrittive né collaborare a manovre coattive di nutrizione artificiale, ma deve continuare ad assisterla.

Commento:

L'argomento trattato nell'articolo ha assunto in questa nuova formulazione una valenza generale. Il precedente codice prevedeva esclusivamente il caso del soggetto recluso presso istituti penitenziari che prendesse appunto la decisione di rifiutare di nutrirsi. La generalità dell'attuale formulazione che appunto prevede che una qualunque persona sana di mente possa rifiutare volontariamente e consapevolmente di nutrirsi, ci riporta a fenomeni ormai piuttosto abituali, soprattutto a livello adolescenziale, che sempre più di frequente il medico si trova a dover affrontare. Questo articolo dà al medico una serie di direttive e linee guida che, da un lato, ribadiscono il dovere di informare il soggetto sulle conseguenze della sua azione e, dall'altro, sottolineano la libertà del soggetto di assumersi la responsabilità delle conseguenze della propria decisione laddove il medico non è tenuto ad assumere iniziative di tipo costrittivo. Si richiama, comunque, il dovere del medico di continuare ad assistere il soggetto, nel rispetto del principio generale di assistenza del sanitario.

L'impostazione dell'articolo è, peraltro, pienamente coerente con le scelte operate nel codice in materia di consenso informato e a questo principio il medico dovrà conformare il proprio comportamento.

CAPO X - ONORARI PROFESSIONALI

Art. 52 Onorari professionali

Nell'esercizio libero professionale vale il principio generale dell'intesa diretta tra medico e cittadino. L'onorario deve rispettare il minimo professionale approvato dall'Ordine anche per le prestazioni svolte all'interno di società di professionisti o a favore della mutualità volontaria compresa l'attività libero professionale intramoenia, esercitata dai medici dipendenti delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie locali, che si configuri come libera professione.

Il medico è tenuto a far conoscere al cittadino il suo onorario che va accettato preventivamente e, se possibile, sottoscritto da entrambi.

I compensi per le prestazioni medico-chirurgiche non possono essere subordinati ai risultati delle prestazioni medesime.

Il medico è tenuto non solo al rispetto della tariffa minima professionale, ma anche al rispetto della tariffa massima stabilita da ciascun Ordine provinciale con propria delibera, sulla base di criteri definiti dalla Federazione Nazionale con proprio atto di indirizzo e coordinamento.

Il medico può, in particolari circostanze, prestare gratuitamente la sua opera, purchè tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela.

Commento:

L'intero capo X costituito da un solo articolo disciplina e chiarisce le problematiche concernenti il rispetto degli onorari professionali previsti a tutela del decoro e della dignità della professione. E' da rilevare, in quanto riveste uno degli aspetti più innovativi e coraggiosi del nuovo codice, la previsione dell'istituzione da parte degli ordini provinciali della tariffa massima da stabilirsi appunto da parte di ciascun ordine sulla base di criteri generali già definiti dalla Federazione nazionale con proprio atto di indirizzo e coordinamento. E' superfluo sottolineare la rilevanza di una simile innovazione che costituisce una risposta responsabile del mondo ordinistico alle polemiche, spesso prive di fondamento, nei confronti della professione circa la prevalenza degli interessi economici.

I criteri stabiliti dalla FNOMCeO permetteranno, attraverso un semplice meccanismo moltiplicatorio, di stabilire una tariffa massima da parte di ciascun ordine. E' ovvio che la tariffa sarà diversificata a seconda delle realtà locali cui va applicata, a seconda dell'utilizzo o meno di tecnologie moderne e sofisticate, a seconda o meno della qualità dell'atto posto in essere dal professionista, a seconda della complessità professionale della prestazione. L'art. 52 ha inteso specificare che la tariffa minima vigente, che allo stato attuale viene determinata attraverso un DPR, regola non soltanto strettamente l'attività libero professionale ma tutta quell'attività che può essere svolta all'interno di società di professionisti, di mutue volontarie e nell'ambito dell'attività libero professionale intramoenia. Si è voluto in pratica responsabilizzare il medico anche dipendente al rispetto della tariffa minima allorchè svolga attività configurabile comunque come libera professione. L'attuale tariffa minima per gli onorari professionali è normata dalla legge 21 febbraio 1963 n. 244, formulata nel DPR 17 febbraio 1992, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 2 giugno 1992. E' da sottolineare infine che nell'art. 52 è anche disciplinato con alcune avvertenze il principio che dà facoltà al medico di prestare gratuitamente la propria opera a meno che tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela.

CAPO XI - PUBBLICITÀ' IN MATERIA SANITARIA E INFORMAZIONE AL PUBBLICO**Art. 53 Pubblicità in materia sanitaria**

Sono vietate al medico tutte le forme, dirette o indirette, di pubblicità personale o a vantaggio della struttura, pubblica o privata, nella quale presta la sua opera.

Il medico è responsabile dell'uso che si fa del suo nome, delle sue qualifiche professionali e delle sue dichiarazioni.

Egli deve evitare, che attraverso organi di stampa, strumenti televisivi e/o informatici, collaborazione a inchieste e interventi televisivi, si concretizzi una condizione di promozione e di sfruttamento pubblicitario del suo nome o di altri colleghi.

Commento:

Il capo XI affronta la delicata questione della pubblicità sanitaria. L'intero capo è stato riformato, sono stati cioè rielaborati tutti e quattro gli articoli che lo componevano. Decisamente innovativi sono i primi due articoli che differenziano, come non era stato fatto in passato, la pubblicità in materia sanitaria dalla semplice informazione. E' questo un elemento di discriminazione delicatissimo che la normativa di legge, finora disciplinante la materia, non ha mai contribuito a chiarire. L'art. 53 sulla pubblicità in materia sanitaria chiarisce come sia vietato un utilizzo di forme pubblicitarie non corretto e uno sfruttamento pubblicitario dei successi ottenuti. E' precisato il divieto al medico di tutte le forme dirette o indirette di pubblicità personale o a vantaggio della struttura presso cui opera. Si vuole evitare quindi che vi sia uno snaturamento della professione in senso commerciale proprio a salvaguardia della professione medica o della struttura nella

quale il medico presta la sua opera. Questa formulazione degli articoli del capo XI intendono esprimere la precisa volontà dell'ordine professionale di sopperire alle oggettive carenze della normativa in materia. Come è noto infatti la legge 175 del 1992 intendeva regolamentare una situazione di assoluto disordine in campo di pubblicità sanitaria, ma in realtà ha finito con il burocratizzare il controllo della pubblicità in materia sanitaria riducendo l'Ordine professionale ad un ruolo notarile di comportamenti scorretti, prevedendo, oltretutto, un sistema sanzionatorio stabilito per legge che sottrae all'Ordine il controllo.

A seguito della legge n. 42/99 è intervenuta una modifica del regime sanzionatorio disciplinare relativo alla pubblicità sanitaria.

Si è in buona sostanza inteso superare la rigidità che la legge 175/92 introduceva, restituendo all'Ordine un ruolo centrale di garante della correttezza del comportamento dei medici in un campo sicuramente in continuo sviluppo come quello della pubblicità e dell'informazione sanitaria.

E' recente, inoltre, la modifica introdotta con la legge 14 ottobre 1999, n. 362, "Disposizioni urgenti in materia sanitaria" che con l'art. 12 interviene sia sull'art. 1 che sull'art. 4, 1° comma, della legge 5 febbraio 1992 n. 175, prevedendo che la pubblicità sanitaria – dei singoli professionisti e delle case di cura, gabinetti e ambulatori mono e polispecialistici – sia consentita attraverso inserzioni su "giornali quotidiani e periodici di informazione".

Viene previsto cioè un ulteriore strumento informativo del messaggio pubblicitario che peraltro – è da sottolineare – lascia inalterata la normativa vigente in materia di nulla osta, autorizzazioni e caratteristiche estetiche dei messaggi pubblicitari.

In riferimento al tema del controllo della pubblicità sanitaria occorre sottolineare un'ulteriore parziale modifica prevista dal D.Lgs n. 96 del 30 marzo 1999, le cui disposizioni trovano applicazione dall'1.7.1999. A seguito dell'avvenuta entrata in vigore di questa normativa, sono da considerare trasferite ai Comuni (almeno per le Regioni appresso specificate) le funzioni amministrative concernenti la pubblicità sanitaria di cui all'art. 118, comma 2, del D.Lgs n. 112 del 1998.

In buona sostanza, la competenza a rilasciare le autorizzazioni di cui all'art. 5 della normativa della legge 175/92 è attribuita ai Comuni e non più alle Regioni. La normativa, come specificamente riportato all'art. 1, si applica alle Regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Marche, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Calabria.

Tale disposizione si spiega con il fatto che le Regioni citate non avevano ancora provveduto a emanare la legge regionale di cui all'art. 3 della legge 8 giugno 1990, n. 142 e all'art. 4, comma 5 della legge 15 marzo 1997 n. 59 che individua quali funzioni amministrative conferite alle Regioni dal decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112 sono mantenute in capo alle Regioni e quali sono trasferite o delegate agli enti locali.

La citata legge 14 ottobre 1999 n. 362 non ha esplicitamente previsto l'utilizzazione, come veicolo informativo del messaggio pubblicitario, della rete Internet.

L'urgenza, comunque, di fornire orientamenti su un tema di interesse e di stretta contingenza – vista la crescente utilizzazione del mezzo informatico – ha indotto il Comitato Centrale della Federazione, che pure nell'art. 53 in commento aveva già espresso una posizione, a ritenere praticabile la diffusione di messaggi pubblicitari tramite uno strumento informatico quale Internet, nel rispetto, evidentemente, dei limiti previsti dagli artt. 1 e 4 della legge n. 175/92.

Il sanitario dovrà richiedere all'Ordine provinciale presso cui è iscritto il rilascio di apposito nulla osta a garanzia della correttezza del messaggio proposto e della rispondenza ai criteri di cui alla legge 175/92 e D.M. 657/94.

Art. 54 Informazione sanitaria

L'informazione sanitaria non può assumere le caratteristiche della pubblicità commerciale.

Per consentire ai cittadini una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti è indispensabile che l'informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non sia arbitraria e discrezionale, ma utile, veritiera, certificata con dati oggettivi e controllabili e previo nulla osta rilasciato per iscritto dal Consiglio dell'Ordine provinciale competente per territorio sulla base di principi di indirizzo e di coordinamento della Federazione Nazionale.

Il medico che partecipi a iniziative di educazione alla salute, su temi corrispondenti alle sue conoscenze e competenze, deve garantire, indipendentemente dal mezzo impiegato, informazioni scientificamente rigorose, obbiettive, prudenti (che non producano timori infondati, spinte consumistiche o illusorie attese nella pubblica opinione) ed evitare, anche indirettamente, qualsiasi forma pubblicitaria personale o della struttura nella quale opera.

Commento:

Questo articolo delinea le caratteristiche che deve assumere una informazione sanitaria volta a fornire ai cittadini le necessarie indicazioni al fine di una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti. L'informazione sanitaria deve rispondere all'intento di realizzare la tutela della collettività e della salute. L'informazione dovrà quindi rispondere a principi di veridicità, dovrà essere certificata con dati oggettivi e controllabili e, in questo senso, il consiglio dell'Ordine rilasciando il nulla osta scritto attesterà la sussistenza dei requisiti predetti. La necessità di tutela come già detto della collettività è sottolineata laddove è previsto il caso in cui il medico partecipi a iniziative di educazione sanitaria.

Art. 55 Scoperte scientifiche

Il medico non deve divulgare notizie al pubblico su innovazioni in campo sanitario se non ancora accreditate dalla comunità scientifica, al fine di non suscitare infondate attese e illusorie speranze.

Commento:

Lo stesso rigore che deve improntare l'attività pubblicitaria o informativa del medico dovrà seguirsi nel caso di informazione al pubblico di nuove scoperte o di innovazioni in campo sanitario, allorché non risultino ancora accreditate a livello di comunità scientifica. Evitare illusorie aspettative o comunque attese infondate è un principio che informa tutto l'impianto codicistico. Come già detto le aspettative di vita e di qualità della stessa, sono aumentate e spesso si riscontra che movimenti di opinione a sostegno di terapie non validate, lungi dall'essere portatori di benefici per la salute collettiva, spesso sono illusori, dannosi e privi di riscontri scientifici.

Il comportamento da seguire, anche in caso di scoperte scientifiche, deve essere improntato alla massima prudenza.

A tale riguardo, infatti, è individuato nella comunità scientifica e professionale l'ambito da parte del quale deve essere svolta la prima comunicazione delle scoperte, al fine di consentire una preventiva verifica critica delle stesse da parte di chi ha competenza per effettuarla.

Anche riguardo alla fattispecie, oggetto della norma in esame, appaiono significativi i principi di etica medica espressi dalla Conferenza Internazionale degli Ordini nel 1987 riguardo alla pubblicità delle scoperte scientifiche e ai sensi dei quali "il medico ha il dovere di divulgare anzitutto sulla stampa professionale le scoperte fatte o le conclusioni dei propri studi scientifici in materia di diagnosi o di terapia. Egli le sottoporrà al giudizio critico dei colleghi nelle forme appropriate prima di darne notizia al pubblico non medico. Ogni sfruttamento pubblicitario di un successo medico a vantaggio di una persona, gruppo e scuola è contrario all'etica medica".

Art. 56 Divieto di patrocinio

Il medico o associazioni di medici non devono concedere patrocinio e avallo a pubblicità per istituzioni e prodotti sanitari e commerciali di esclusivo interesse promozionale.

Commento:

Il capo XI relativo alla pubblicità in materia sanitaria e informazione al pubblico si chiude con l'art. 56 che prevede il divieto di patrocinio da parte di medici e di associazioni di medici circa l'avallo pubblicitario per istituzioni o prodotti sanitari e commerciali di esclusivo interesse promozionale. E' interessante notare che l'art.56 estende anche alle associazioni di medici questo divieto, contribuendo a fare chiarezza su comportamenti che l'attuale costume della comunicazione e della pubblicità ha visto porre in essere, in maniera forse troppo disinvolta, da parte di alcune associazioni professionali.

La scissione e l'incompatibilità tra esercizio della professione medica e attività commerciale indispensabili anche per garantire l'effettiva indipendenza e libertà professionale, sancita dall'art. 4 del codice, trovano un'espressa, ulteriore conferma nella norma posta dal presente articolo.

Il divieto, posto ai medici, di concedere il proprio patrocinio per le campagne pubblicitarie promozionali, di prodotti e istituzioni sanitarie costituisce, inoltre, l'attuazione anche di un principio di etica medica fissato nel medesimo senso a livello europeo dalla Conferenza internazionale degli Ordini.

Va segnalato che il divieto espresso dall'art. 56, secondo alcuni, non riguarderebbe l'attività di attestazione da parte di medici di caratteristiche obiettive che connotano istituti o prodotti sanitari. Tale tesi troverebbe

fondamento nella stessa formulazione dell'articolo che fa riferimento a pubblicità di esclusivo interesse promozionale e commerciale fra le quali non sarebbero ricomprensibili le suddette attestazioni dalle quali deriverebbe alle iniziative in questione una connotazione di natura anche informativa.

titolo 4° - RAPPORTI CON I COLLEGHI

CAPO I - SOLIDARIETA' TRA MEDICI

Art. 57 Rispetto reciproco

Il rapporto tra i medici deve ispirarsi ai principi del reciproco rispetto e della considerazione della rispettiva attività professionale.

Il contrasto di opinione non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito.

Il medico deve assistere i colleghi senza fini di lucro, salvo il diritto al recupero delle spese sostenute.

Il medico deve essere solidale nei confronti dei colleghi sottoposti a ingiuste accuse.

Commento:

Questo articolo riunisce in sé alcune fattispecie che nel codice del 1995 venivano affrontate analiticamente. In realtà l'attuale formulazione sembra più rispondente al principio generale della solidarietà. Sono infatti sottolineate differenti situazioni tutte convergenti, verso il rispetto di questo principio. Il senso della solidarietà che non deve essere inteso negativamente come atteggiamento corporativo fra individui facenti parte dello stesso gruppo professionale, bensì, come patto di collaborazione nell'esclusivo interesse del paziente.

Nel commento all'art. 1 si è visto che fra i principi cardine della deontologia professionale medica rientra il cosiddetto "spirito di colleganza": solidarietà fra gli individui che fanno parte di uno stesso gruppo sociale.

E' proprio l'appartenenza ad una stessa comunità che fa nascere o dovrebbe far nascere il sentimento di reciproca considerazione e di comune sentire.

E' necessario, peraltro, che lo spirito di colleganza, che ha una valenza senz'altro positiva in quanto porta alla collaborazione fra colleghi e ad un mutuo soccorso, non degeneri in forme negative che vengono definite "di corporativismo" (l'appartenenza alla categoria professionale finisce con il divenire il valore più importante anche rispetto alle esigenze e alla necessità della generalità dei cittadini).

Lo spirito di colleganza deve essere correttamente inteso come una vera solidarietà tra colleghi, non solo dal punto di vista professionale ma anche sociale e familiare. Un aspetto importante è costituito dal rispetto delle altrui opinioni professionali che possono non collimare fra colleghi. Tali divergenze non devono mai divenire occasioni di attrito di carattere personale, ma devono, anzi, costituire opportunità di confronto civile di opinioni.

L'attività professionale medica, pur essendo ormai basata su elementi di scientificità, può non sempre comportare una sola soluzione e un solo corretto approccio alla malattia.

Tale momento di confronto è particolarmente stimolante in quanto permette ai colleghi di confrontare, con il necessario rispetto reciproco, le rispettive esperienze arricchendosi vicendevolmente. Può accadere, peraltro, che queste differenze di opinioni portino invece a contrasti di carattere personale. Litigi e gravi incomprensioni costituiscono, indubbiamente, una grave violazione del principio di colleganza che oltre a rendere più difficile il lavoro dei medici, apportano un indubbio discredito all'intera categoria che vede lesa da questi fatti la dignità stessa della professione.

E' opportuno fare un breve cenno sul problema della competenza disciplinare dell'Ordine sui medici impiegati in una Pubblica Amministrazione. Ai sensi dell'art.10 del DLCP 13.9.1946, n.233, l'Ordine è competente disciplinarmente, in questi casi, solo limitatamente all'esercizio libero professionale. Questa normativa ha portato alcuni a ritenere inibito il potere disciplinare dell'Ordine nei confronti dei medici dipendenti (si pensi ad esempio ai medici ospedalieri) che svolgono la propria opera interamente nell'ambito del rapporto d'impiego che li lega al Servizio Sanitario Nazionale. In realtà, invece, la tesi prevalente è quella che ritiene l'Ordine competente, da un punto di vista disciplinare, anche sui medici dipendenti quando il comportamento scorretto posto in essere non riguardi strettamente il rapporto di lavoro con la P.A. ma derivi dalla violazione di regole di comportamento concernenti l'esercizio della professione medica.

Il caso di un grave diverbio fra colleghi che, ad esempio, getti discredito sull'intera categoria medica costituisce, indubbiamente, una situazione in cui l'Ordine ha il diritto-dovere di intervenire disciplinarmente anche su medici "impiegati in una Pubblica Amministrazione".

Rientra nel vasto quadro del principio di colleganza anche la necessaria solidarietà che deve sussistere fra i colleghi. L'elemento solidaristico ha, da sempre, caratterizzato i rapporti fra gli appartenenti ad una stessa categoria o gruppo sociale. Questo aspetto esiste sin dal sorgere delle libere professioni i cui esponenti hanno sempre tenuto ben presente la necessità di esprimere reciproca solidarietà e di organizzarsi per creare forme di assistenza.

La solidarietà nel gruppo professionale ha sempre riguardato sia l'aspetto familiare (attraverso l'aiuto ai congiunti del professionista deceduto o in grave difficoltà) sia l'aspetto professionale (la sostituzione dei colleghi ammalati o comunque non in grado di far fronte ai propri impegni).

E' opportuno, peraltro, sottolineare che nell'odierna società le esigenze di solidarietà all'interno di una categoria vengono sempre più frequentemente assicurate attraverso l'istituzione di appositi enti previdenziali e assistenziali che, autofinanziati dagli stessi professionisti, hanno lo scopo di garantire ai propri iscritti e ai loro familiari il mantenimento di un certo livello di vita anche nei momenti di difficoltà.

Per quanto riguarda ancora l'ultimo comma dell'articolo in commento l'interesse del "legislatore deontologico" è quello di invitare alla solidarietà ed all'aiuto i medici nei confronti di colleghi accusati ingiustamente. Questo avviene più spesso di quanto non si creda, specialmente in riferimento alle campagne (più giornalistiche che giudiziarie) che tendono a colpevolizzare il medico per tutte le varie deficienze, spesso solo di carattere organizzativo e burocratico che ancora caratterizzano la sanità italiana. Non si vuole invitare i medici a forme di omertà a favore di colleghi immeritevoli; si intende invece evidenziare la necessità che la categoria sappia dimostrarsi solidale con i medici quando vengono accusati in modo palesemente ingiusto.

Anche questo articolo costituisce una esplicita applicazione del principio di colleganza e, richiamando una tradizione antichissima, prescrive che il medico presti la propria assistenza gratuitamente ai colleghi.

Il codice deontologico vuole, in sostanza, affermare che il medico non deve richiedere un compenso al collega per lo svolgimento della propria opera professionale, in relazione alla solidarietà che deve legare i componenti lo stesso gruppo professionale.

E' interessante notare che, nell'ambito del diritto questa prassi non viene considerata una "donazione" in senso tecnico (art.769 c.c.) ma semplicemente un atto a titolo gratuito. Da un punto di vista giuridico è atto a titolo gratuito quello in cui, pur riscontrandosi un beneficio in chi ne gode (c'è una prestazione priva di controprestazione), manca un correlativo depauperamento del patrimonio di chi lo pone in essere e non vi è nemmeno aumento del patrimonio di chi ne beneficia.

Art. 58 Rapporti con il medico curante

Il medico che presti la propria opera in situazioni di urgenza o per ragioni di specializzazione a un ammalato in cura presso altro collega, acquisito il consenso per il trattamento dei dati sensibili dal cittadino o dal legale rappresentante, è tenuto a dare comunicazione al medico curante o ad altro medico eventualmente indicato dal paziente, degli indirizzi diagnostico-terapeutici attuati e delle valutazioni cliniche anche nel caso di ricovero ospedaliero.

Commento:

L'art. 58 che disciplina i rapporti del medico curante deve essere letto alla luce del principio di solidarietà e di colleganza base del corretto rapporto tra colleghi. E' infatti sottolineata la necessità di un vero ed effettivo scambio di comunicazione tra il medico curante e l'altro medico eventualmente chiamato alla cura del paziente. E' appena il caso di evidenziare l'aggiornamento del testo dell'articolo alle nuove disposizioni previste dalla L. 675 del 1996 per la tutela dei dati personali. In questo caso è ovvio che i due professionisti debbano acquisire il consenso del cittadino o del suo legale rappresentante per quanto riguarda la trasmissione dei dati sensibili concernenti la salute del cittadino stesso da un collega all'altro.

Questo articolo stabilisce alcuni principi deontologici cui ispirarsi quando, per svariati motivi, (esplicita volontà del paziente, eventuale irreperibilità del medico curante), un medico subentra ad un altro collega nel prestare le cure all'ammalato.

Entrano qui in gioco i principi base della deontologia relativi allo spirito di colleganza e all'informativa fra i colleghi. Il medico subentrante deve cioè comunicare al collega il proprio orientamento diagnostico-terapeutico sul caso e le proprie valutazioni.

Questo comportamento può essere derogato solo se esista un'esplicita opposizione del malato che, eventualmente, vuole rinunciare all'operato professionale del proprio medico curante.

La deroga è giustificata dal fatto che il paziente ha sempre e comunque il diritto di scegliere in piena libertà il proprio medico di fiducia. Si ricorda, a questo proposito, che il diritto alla libera scelta del medico è affermato anche dalla legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

Va sottolineato inoltre che l'opposizione del paziente a che il medico subentrante comunichi i propri orientamenti sul caso al medico curante deve essere esplicitamente dichiarata e non può essere ritenuta implicita facendo riferimento, ad esempio, ad uno stato d'animo del paziente stesso.

CAPO II - CONSULENZA E CONSULTO

Art. 59 Consulenza e consulto

Il medico curante deve proporre il consulto con altro collega o la consulenza presso idonee strutture di specifica qualificazione, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso, qualora la complessità del caso clinico o l'interesse del malato esigano il ricorso a specifiche competenze specialistiche diagnostiche e/o terapeutiche.

Il medico, che sia di contrario avviso, qualora il consulto sia richiesto dal malato o dai suoi familiari, può astenersi dal parteciparvi fornendo, comunque, tutte le informazioni e l'eventuale documentazione relativa al caso.

Il modo e i tempi per la consulenza sono stabiliti tra il consulente e il curante secondo le regole della collegiale collaborazione.

Commento:

L'art. 59, in modo più sintetico rispetto alle precedenti stesure del codice di deontologia medica, disciplina i rapporti che devono intercorrere tra il curante e il medico chiamato a fornire la propria consulenza. Ovviamente tali rapporti investono la figura del cittadino – malato di cui devono essere sempre e comunque rispettati il diritto alla riservatezza e la libertà di scelta.

Abbiamo già visto negli articoli precedenti i principi che devono caratterizzare l'operato dei medici nell'ambito dei rapporti fra colleghi che si occupano, per vari motivi di uno stesso caso. L'articolo in commento, però, prevede qualcosa di diverso in quanto pone a carico del medico curante non la semplice facoltà, ma l'obbligo di proporre una consulenza con un altro collega o presso idonea struttura specialistica quando sia necessario il ricorso a peculiari e adeguate competenze.

E' questa una situazione in cui viene affidata al medico una responsabilità particolarmente delicata cioè quella di "farsi giudice di se stesso" e della propria inadeguatezza a far fronte da solo a un caso clinico particolarmente difficile.

Questa situazione non deve essere interpretata come dimostrazione di scarsa cultura del medico (considerando l'enorme vastità dell'attuale sapere medico e la sua sempre più necessaria specializzazione) ma anzi come una prova di responsabilità e di conoscenza delle gravi conseguenze che può avere una diagnosi e quindi una terapia non perfettamente adeguate al caso.

Sarà necessario, ovviamente, anche il consenso del paziente considerando che, sia l'art. 32, secondo comma della Costituzione, "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge" sia la stessa legge 833/78 e sia successivi interventi normativi riconoscono il diritto al paziente di scegliere il medico e il luogo dove vogliono essere curati. E' ovvio, però, che in questo campo è enorme la discrezionalità del medico avendo egli la facoltà di suggerire e consigliare con la necessaria competenza legata al suo specifico ruolo professionale.

Non esistono indicazioni e tanto meno direttive precise in ordine alla modalità di svolgimento della consulenza essendo opportuno lasciare ai due professionisti interessati il compito di accordarsi per garantire il miglior successo dell'iniziativa nell'interesse esclusivo del paziente. Occorre tenere presente, infatti, che il fine della consulenza è quello di pervenire, tramite il collegiale confronto fra colleghi, ad una diagnosi e quindi a un indirizzo terapeutico che permetta di fornire al malato la migliore cura e assistenza possibili.

Resta affidata allo spirito di collaborazione e al reciproco rispetto fra medico curante e consulente, normalmente un medico specialista, la scelta delle modalità operative ma anche temporali attraverso le quali svolgere la consulenza. E' ovvio che la presenza contemporanea di tutti i medici interessati rappresenta la soluzione migliore per garantire l'esame approfondito ed informato del caso.

L'articolo vuole significare che il rapporto intercorrente fra medico curante e consulente è assolutamente paritario quale che sia il prestigio professionale eventualmente riconosciuto allo specialista.

I colleghi coinvolti devono scambiarsi, nel più assoluto rispetto dei loro convincimenti, opinioni e conoscenze atte a favorire una corretta diagnosi che permetta di assicurare al malato le cure necessarie. Non è possibile, infatti, sottovalutare il ruolo del medico curante che, attraverso la propria conoscenza del malato e della sua situazione pregressa, è in grado di fornire dati illuminanti anche al consulente che non ha avuto, ovviamente, la possibilità di seguire la malattia sin dal suo primo manifestarsi.

Art. 60 Divergenza tra curante e consulente

I giudizi espressi in sede di consulto o di consulenza devono rispettare la dignità sia del curante che del consulente.

E' affidato al medico curante il compito di attuare l'indirizzo terapeutico concordato con il consulente e eventualmente adeguarlo alle situazioni emergenti.

In caso di divergenza di opinioni il curante può richiedere altra consulenza.

Lo specialista o consulente che visita un ammalato in assenza del curante deve fornire una dettagliata relazione diagnostica e l'indirizzo terapeutico consigliato.

Commento:

L'articolo 60 sempre nell'ambito dei rapporti tra colleghi cerca di prevenire l'eventuale insorgere di divergenze tra medico curante e consulente.

Si potrebbe dire che mentre l'articolo precedente disciplina l'aspetto "fisiologico" del rapporto tra i colleghi coinvolti, l'articolo in commento ne disciplina gli eventuali aspetti "patologici".

Il rapporto fra il medico curante e il consulente nella formulazione del giudizio diagnostico-terapeutico deve essere improntato a un sincero spirito di collaborazione.

La personalità magari marcata o il prestigio legato ai titoli accademici o all'età non devono portare ad una prevalenza dell'uno sull'altro. In buona sostanza il giudizio deve rispettare le personalità dei medici .

L'articolo stabilisce, inoltre, che l'opera del medico curante non si arresta di certo al momento dell'effettuazione della consulenza, dovendo essere integrata dal compito di valutarne l'esito: è facoltà del curante, qualora le opinioni siano divergenti, di richiedere un'ulteriore consulenza per superare eventuali persistenti dubbi.

Qualora la richiesta di ulteriore consulenza non fosse accolta si rientra in uno dei casi in cui viene ad infrangersi il rapporto fiduciario con il proprio paziente ed è, pertanto, prevista la facoltà per il medico curante stesso di rinunciare all'incarico professionale

Si sottolinea l'obbligo del consulente che visita il paziente di fornire una dettagliata relazione diagnostica sul caso rispondendo in modo esauriente e chiaro anche ai quesiti propostigli.

Dalla relazione diagnostica deve scaturire logicamente l'indirizzo terapeutico consigliato per il caso in esame.

E' opportuno sottolineare che l'uso della dizione "indirizzo terapeutico consigliato" fa trasparire ancora una volta la preoccupazione del legislatore deontologico di salvaguardare la correttezza dei rapporti fra curante e consulente nel rispetto dell'attività di entrambi.

In conclusione i rapporti tra medico curante e consulente devono tendere alla applicazione di quei principi di rispetto, lealtà cui deve essere improntato ogni rapporto tra colleghi.

Si tratta di principi che, lungi dall'essere considerati superati, acquistano oggi in un contesto socio-sanitario difficile, maggiore valenza, divenendo elementi qualificanti dell'attività professionale del medico.

CAPO III - ALTRI RAPPORTI TRA MEDICI

Art. 61 Supplenza

Il medico che sostituisce nell'attività professionale un collega è tenuto, cessata la supplenza, a fornire al collega sostituito le informazioni cliniche relative ai malati sino allora assistiti, al fine di assicurare la continuità terapeutica.

Commento:

vII capo III delinea quelli che devono essere i corretti rapporti tra colleghi medici. Si tratta di tre articoli, dal 61 al 63, che evidenziano quei principi di solidarietà e collegialità alla base dell'intera normazione deontologica e che nel tempo mantengono una connotazione di attualità.

L'art. 61 "Supplenza" è un articolo di carattere generale. Viene esplicitato in primo luogo uno degli elementi fondamentali del dovere di assistenza del medico, quello cioè di assicurare la continuità terapeutica a beneficio del malato assistito, allorquando subentri un sostituto.

Seppure non chiaramente esplicitata, come nell'articolo seguente, la continuità terapeutica potrà essere assicurata solo quando il medico sostituito metterà a disposizione del collega sostituito la documentazione clinica dell'assistito.

E' questa una indicazione comportamentale che, seppure ovvia, si è ritenuto di sottolineare anche al fine di richiamare il medico alla diligenza nella registrazione dei dati clinici e delle indicazioni terapeutiche.

La prestazione d'opera intellettuale ha carattere personale: l'art. 2232 del c.c. sancisce questo principio prevedendo per altro limiti entro i quali è possibile derogarvi. Per quanto riguarda strettamente la professione medica è opportuno ricordare che non sono previste limitazioni relativamente alle prestazioni del medico rientrando testualmente nell'esercizio della professione tutte le attività aventi una finalità di cura, diagnosi e terapia. Da questo discende la piena legittimità della sostituzione fra due medici essendo entrambi abilitati all'esercizio della medesima attività professionale.

E' invece, ovviamente, assolutamente vietata (cfr. oltre il già citato art. 2232 c.c. anche la norma di cui all'art. 348 c.p. esercizio abusivo della professione) la sostituzione del medico con persona non abilitata all'esercizio della professione.

La sostituzione fra medici può avvenire anche nel campo dell'attività strettamente libero professionale ma ha trovato applicazione principalmente nell'ambito dei rapporti sia di carattere convenzionale che di dipendenza con il SSN.

Per quanto riguarda la disciplina delle sostituzioni è appositamente stabilita nelle convenzioni stipulate fra le parti. In relazione, invece, allo svolgimento del rapporto di impiego pubblico la sostituzione fra colleghi è disciplinata dai normali principi generali concernenti lo stato giuridico dei dipendenti che fanno obbligo di compiere le prestazioni inerenti alla propria posizione funzionale.

La sostituzione di un professionista con un altro nei rapporti con i pazienti può rivestire carattere di estrema delicatezza, stante la necessità di rispettare la fiducia e le esigenze del paziente stesso.

Gli accordi per la convenzione dei medici di medicina generale prevedono la libera scelta del proprio sostituto da parte del medico che deve interrompere per i più vari motivi la propria attività. Questa disposizione può essere agevolmente spiegata tenendo presente che non vi è miglior giudice del medico stesso per scegliere un collega adatto a sostituirlo sia pure temporaneamente.

L'articolo in commento, affrontando a livello generale il tema della supplenza e quindi della sostituzione fra medici, prevede l'obbligo deontologico a carico del sostituto di fornire al sostituito, al termine della supplenza, tutte le informazioni cliniche relative ai malati assistiti. E' chiaro, infatti, che specialmente quando la sostituzione non sia di brevissima durata molti dati e molte informazioni possono essere mutati rispetto alla situazione pregressa. Nel quadro di una necessaria informativa fra colleghi è assolutamente necessario quindi che il medico sostituito venga a conoscenza di questi nuovi dati per riprendere la propria attività con le garanzie necessarie per la tranquillità dei pazienti assistiti.

Art. 62 Medico curante e ospedaliero

Tra medico curante e medici operanti nelle strutture pubbliche e private, anche per assicurare la corretta informazione all'ammalato, deve sussistere, nel rispetto dell'autonomia e del diritto alla riservatezza, un rapporto di consultazione, di collaborazione e di informazione reciproca al fine di garantire coerenza e continuità diagnostico-terapeutica.

Commento:

Questo articolo ha allargato il proprio ambito applicativo allorquando si è inteso trattare dei rapporti tra medico curante e medico operante nelle strutture pubbliche e private e non solo in quelle ospedaliere come nel codice del 1995.

Il contesto affrontato dall'articolo è forse quello più "classico" in cui si esplicano i rapporti tra medici. L'articolo si richiama ai principi generali di rispetto reciproco e, soprattutto, di pari considerazioni della rispettiva attività professionale, al di fuori di qualunque diversa valutazione derivante dal possesso di titoli accademici o di specializzazione.

E' un forte richiamo, nell'interesse del malato, a un impegno comune.

In questo senso si fa rinvio al diritto alla riservatezza che pur essendo elemento etico indiscutibile, vede recentemente rafforzata la propria posizione a seguito della normativa della legge 675/96, già citata, da cui discende una maggiore consapevolezza di questo diritto da parte della pubblica opinione.

Art. 63 Giudizio clinico- Rispetto della professionalità

I giudizi clinici comunque formulati, durante la degenza in reparti clinico-ospedalieri e in case di cura private e anche dopo la dimissione del malato, devono essere espressi senza ledere la reputazione professionale dei medici curanti.

La stessa condotta deve mantenere il medico curante dopo la dimissione del malato.

Commento:

L'art. 63 analizza una fattispecie deontologicamente riprovevole, quella dell'eventuale apprezzamento non corretto nei confronti del medico curante da parte dei medici delle strutture ospedaliere o private. Si tratta di un comportamento che lede il principio di colleganza che deve sempre improntare il rapporto tra colleghi.

Le eventuali divergenze riguardo a scelte terapeutiche dovrebbero inserirsi sempre all'interno di un dialogo privo di elementi di conflittualità in funzione del benessere della persona.

I principi di rispetto e collaborazione cui devono essere improntati i rapporti fra medico curante e medici ospedalieri trovano applicazione in ogni occasione e in ogni ambito. Il codice deontologico, attraverso la norma in commento, si sofferma specificatamente sulla questione estremamente delicata della formulazione (sia essa in forma scritta o semplicemente verbale) dei giudizi clinici. Tali giudizi riguardanti il malato durante il periodo di degenza ospedaliera non devono essere occasione per svilire la personalità e la professionalità del medico curante.

E' ovvio che in qualche caso gli orientamenti e le cure prestate dal medico curante possano essere ritenute non completamente rispondenti alle necessità del malato o addirittura errati. Queste eventuali divergenze di opinioni non devono però in nessun modo alimentare dubbi che ledano la professionalità del medico curante che, magari, proprio per uno spiccato senso di responsabilità ha ritenuto necessario chiedere il ricovero del proprio paziente per assicurargli la migliore assistenza possibile.

Può succedere, a volte, che, di fronte al malato stesso, i medici del reparto ospedaliero esprimano giudizi clinici che possono porre in cattiva luce la figura professionale del medico curante. Non devono certamente essere nascosti eventuali errori, ma è necessario che i medici ospedalieri sappiano comprendere le difficoltà che possono riscontrarsi per il medico curante nell'esprimere una diagnosi formulata senza l'ausilio di moderne tecnologie.

E' necessario formulare giudizi clinici obiettivi e rispondenti al singolo caso ma è obbligo deontologico non avvilire la professionalità del medico curante che ha diritto di mantenere intatta la propria reputazione nei confronti dei pazienti verso i quali comunque ha prestato la propria opera.

A questo obbligo a carico dei medici ospedalieri e delle Case di cura corrisponde il correlativo dovere del medico curante che, dopo la dimissione del proprio paziente, non deve esprimere giudizi scorretti e di infondata critica nei confronti dell'opera prestata dai colleghi.

La norma deontologica non vuole, peraltro, essere un invito ad una "sorta di omertà" nei confronti dei colleghi che sbagliano ma costituisce solo un invito al reciproco rispetto. Si vuole contrastare, in buona sostanza, la tendenza, che a volte si manifesta fra colleghi, di avvilire l'operato degli altri quasi a voler far risaltare, per contrasto, la propria competenza professionale. Occorre essere consapevoli che in campo medico nessuno è depositario della verità assoluta.

CAPO IV - MEDICINA LEGALE

Art. 64 Compiti e funzioni medico-legali

Nell'espletamento dei compiti e delle funzioni di natura medico legale, il medico deve essere consapevole delle gravi implicazioni penali, civili, amministrative e assicurative che tali compiti e funzioni possono comportare e deve procedere, sul piano tecnico, in modo da soddisfare le esigenze giuridiche attinenti al caso in esame nel rispetto della verità scientifica, dei diritti della persona e delle norme del presente Codice di Deontologia Medica.

Il medico curante non può svolgere funzioni medico-legali di ufficio o di controparte in casi che interessano la persona da lui assistita .

Commento:

La specificità dell'attività medico-legale responsabilizza il medico nei confronti delle implicazioni penali, civili, amministrative, assicurative che ne discendono. Non si tratta solo di un richiamo rivolto a una categoria di medici gravati da doveri che esulano dal quotidiano rapporto medico-paziente.

L'insegnamento universitario della medicina legale ha lo scopo, tra l'altro, di porre ogni medico in grado di conoscere i complessi rapporti del diritto con la realtà biologica. Qualsiasi medico, anche quello non esercente in senso stretto la medicina legale, deve essere pertanto in grado di poter adempiere i propri doveri legali e morali nell'esercizio dell'attività professionale sempre più complessa nei suoi aspetti pubblicistici. Evidentemente nell'ambito del reciproco rispetto che eviti che l'eventuale disparità di opinioni si traduca nello svilimento della competenza professionale dei colleghi.

L'importanza della medicina legale è stata affermata dalla legge di riforma sanitaria 833/78 che, all'art. 14 lett. c) attribuisce alle ASL "gli accertamenti, le certificazioni ed ogni altra prestazione medico legale spettante al SSN" e trova riscontro nel codice deontologico che impone al medico, prima di tutto, di essere sempre consapevole delle conseguenze penali, civili, amministrative e assicurative che possono derivare da ogni suo atto.

L'attività medico legale specialistica deve essere finalizzata allo scopo di fornire esaurienti risposte alle esigenze giuridiche riguardanti il caso in esame. Si ricorda che la falsa perizia costituisce, fra l'altro, reato penale ai sensi dell'art. 373. c.p.

Si ricorda che il medico legale, nell'espletamento dei suoi compiti, deve evitare di utilizzare espressioni lesive della dignità dei colleghi.

Art. 65 Visite fiscali

Nell'esercizio delle funzioni di controllo, il medico:

- ✓ *deve far conoscere al soggetto sottoposto all'accertamento la propria qualifica e la propria funzione;*
- ✓ *non deve rendere palesi al soggetto le proprie valutazioni in merito alla diagnosi e alla terapia.*

In situazione di urgenza o di emergenza clinica il medico di controllo deve adottare le necessarie misure, a tutela del malato, dandone sollecita comunicazione al medico curante.

Commento:

Questo articolo è stato snellito nella sua formulazione e tratta delle attività di controllo sullo stato di salute del cittadino affidate al medico. La necessità di trattare la fattispecie nella prospettiva etico-deontologica nasce dalla particolarità che viene a instaurarsi tra il professionista e il malato soggetto al controllo. Sembrano, infatti, in questo rapporto più sfumate le finalità terapeutiche dell'intervento medico e forse rafforzata la necessità di una valutazione globale della condizione di salute in cui versa la persona sottoposta a controllo.

Estremamente delicata è la funzione del medico incaricato di visite fiscali cioè nell'ambito del controllo delle assenze per infermità dei lavoratori.

Come è noto dopo la legge di riforma sanitaria 833/78 le funzioni di medicina legale fra le quali è tradizionalmente compreso l'accertamento dello stato psico fisico del lavoratore sono state demandate alle ASL. E' da rilevare che tale previsione normativa ha trovato nella pratica, un'applicazione estremamente difforme a causa principalmente delle legislazioni regionali che sono intervenute in modo non omogeneo sull'intero territorio nazionale. L'art. 8 della legge 27 giugno 1981 n. 331 ha stabilito che fra le ASL e l'INPS dovesse essere disciplinata l'effettuazione dei controlli attraverso convenzioni stipulate sulla base di appositi schema-tipo elaborati fra l'INPS e le regioni e approvate con Decreto del Ministro della Sanità. Ulteriori ritardi nel dare attuazione anche a questa normativa hanno indotto il Parlamento ad approvare la legge 638/1983 che all'art. 5 ha praticamente creato un sistema di "doppio binario" per cui gli accertamenti medico legali possono essere svolti nei confronti dei lavoratori dipendenti o direttamente dalle ASL su richiesta dell'INPS o

del datore di lavoro o dall'INPS che può disporre la visita d'ufficio o su richiesta degli altri istituti previdenziali o dei datori di lavoro.

Le convenzioni fra ASL e INPS, già previste dalla legge 331/1981, sono infine state realizzate in virtù della successiva legge 638/83 sulla base di uno schema-tipo formulato dal Ministro della Sanità di concerto con quello del Lavoro (art. 5, nono comma, legge 638/83).

Lo schema-tipo di convenzione è stato emanato dal Ministro della Sanità con DM 26 febbraio 1984 e modificato con successivo DM 8 gennaio 1985. È importante ancora sottolineare che l'art. 5 della più volte citata legge 638/83 stabilisce al comma 12 che "per l'effettuazione delle visite mediche di controllo dei lavoratori l'INPS, sentiti gli Ordini dei Medici, istituisce presso le proprie sedi liste speciali formate da medici a rapporto di impiego con Pubbliche Amministrazioni e da medici liberi professionisti ai quali possono far ricorso gli istituti previdenziali o i datori di lavoro".

Al comma 13 dello stesso art. 5 legge 638/83, è stabilito che con Decreto del Ministro del Lavoro di concerto con il Ministro della Sanità, sentiti la FNOMCeO e il Consiglio di amministrazione dell'INPS, sono stabilite le modalità per la disciplina e l'attuazione dei controlli e i compensi spettanti ai medici. Tale Decreto è stato poi effettivamente emanato in data 15 luglio 1986 e costituisce un fondamentale presupposto per il corretto svolgimento degli accertamenti medico legali.

Questo lungo excursus normativo si è reso necessario per dare un quadro, possibilmente abbastanza chiaro, dei provvedimenti legislativi che dettano la disciplina per quanto riguarda lo svolgimento delle visite mediche di controllo. È chiaro che tali disposizioni sono fondamentali per il medico di questo settore che è chiamato a conoscerle e a rispettarle nell'interesse suo personale e di quello dei lavoratori. Il codice deontologico, muovendosi da un diverso punto di riferimento rispetto a quello strettamente normativo, si preoccupa di fornire alcune indicazioni concernenti principalmente il rapporto professionale fra il "medico fiscale" e il paziente sottoposto a controllo. Gli orientamenti deontologici contenuti nell'articolo in commento non vanno certo a sovrapporsi o peggio a contrastare le disposizioni di legge vigenti in questa materia, ma costituiscono applicazione dei tradizionali principi di correttezza, colleganza e informazione sui quali ci siamo più volte soffermati in questo commentario.

È stabilita innanzi tutto la necessità per il medico di far conoscere al soggetto sottoposto a controllo la propria qualifica e la propria funzione. A questo riguardo si sottolinea che lo schema tipo di convenzione tra ASL e INPS di cui abbiamo già parlato, espressamente prevede che il medico di controllo deve essere munito, a cura della ASL, di un apposito documento di identificazione.

Nell'ambito della collaborazione reciproca che deve intercorrere fra colleghi il medico di controllo non deve comunicare al paziente le proprie valutazioni diagnostiche e terapeutiche in caso di diversità di parere con il medico curante. Eguale obbligo, alle stesse condizioni, è posto a carico del medico curante. È ovvia la "ratio" della norma deontologica che vuole evitare il manifestarsi di contrasti fra colleghi di cui sarebbe testimone, primo fra tutti, il soggetto sottoposto a controllo.

Il medico fiscale è comunque legittimato a prendere contatto con il curante quando lo richieda l'interesse della persona oppure lo renda necessario il contrasto di pareri.

È questa una situazione che, per vari motivi, raramente si verifica ma occorre tenere presente che la norma deontologica responsabilizza il medico di controllo che non può dimenticare che la sua funzione primaria, al di là degli aspetti di verifica, è sempre quella di curare e di prestare assistenza: per cui nei casi sopra delineati è opportuno prendere contatto con il collega medico curante nell'interesse primario della salute del paziente. Tale interesse è alla base anche dell'obbligo deontologico, posto a carico del medico di controllo di intervenire e di adottare tutte le misure del caso in situazione di urgenza o di emergenza clinica. Si pensi alla necessità di predisporre un immediato ricovero quando dai primi accertamenti del medico di controllo ne risulti l'opportunità. È compito, in questo caso, del medico di controllo quello di informare sollecitamente il medico curante delle iniziative adottate. Queste disposizioni ripropongono in particolare quanto già visto nel commento all'art. 62 laddove si tratta di rapporti fra colleghi che si succedono nella cura di uno stesso paziente. Si tratta di comportamenti doverosi che danno pratica applicazione ai principi di correttezza e di informazione che devono improntare tutti i rapporti di collaborazione fra colleghi.

CAPO V- RAPPORTI CON L'ORDINE PROFESSIONALE

Art. 66 Doveri di collaborazione

Il medico è obbligato a prestare la massima collaborazione e disponibilità nei rapporti con il proprio Ordine professionale, tra l'altro ottemperando alle convocazioni del Presidente.

Il medico che cambia di residenza, trasferisce in altra provincia la sua attività o modifica la sua condizione di esercizio o cessa di esercitare la professione, è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Consiglio provinciale dell'Ordine.

L'Ordine provinciale, al fine di tenere un albo aggiornato, recepisce queste modificazioni e ne informa la Federazione Nazionale.

Il medico è tenuto a comunicare al Presidente dell'Ordine eventuali infrazioni alle regole, al reciproco rispetto e alla corretta collaborazione tra colleghi e alla salvaguardia delle specifiche competenze che devono informare i rapporti della professione medica con le altre professioni sanitarie.

Nell'ambito del procedimento disciplinare la mancata collaborazione e disponibilità del medico convocato dal Presidente dell'Ordine costituisce ulteriore elemento di valutazione a fini disciplinari.

Il Presidente dell'Ordine provinciale, nell'ambito dei suoi poteri di vigilanza deontologica, può invitare i medici esercenti la professione nella provincia stessa, sia in ambito pubblico che privato, anche se iscritti ad altro Ordine, informandone l'Ordine di appartenenza per le eventuali conseguenti valutazioni.

Il medico eletto negli organi istituzionali dell'Ordine deve adempiere all'incarico con diligenza e imparzialità nell'interesse della collettività e osservare prudenza e riservatezza nell'espletamento dei propri compiti.

Commento:

L'art. 66 è volto a disciplinare, in modo anche innovativo, i rapporti che devono esistere tra il medico e l'Ordine professionale di appartenenza.

L'articolo in modo sintetico delinea un vero e proprio "statuto" di regole comportamentali che devono esistere tra il singolo medico e l'Ordine provinciale. Viene in particolare delineato il dovere del medico di comunicare al Presidente dell'Ordine, quale legale rappresentante dell'istituzione, le infrazioni alle regole del reciproco rispetto oltre agli eventuali problemi eventualmente insorti con le altre professioni sanitarie.

Risulta innovativo l'obbligo deontologico posto a carico del medico di rispondere all'invito di essere sentito dal Presidente dell'Ordine provinciale dove esercita la sua professione, anche se iscritto ad altro Ordine, quando tale invito sia correlato a specifici compiti istituzionali. Viene sancito il correlativo obbligo del Presidente dell'Ordine che ha convocato il medico a informarne il Presidente dell'Ordine di iscrizione cui spettano le eventuali, conseguenti valutazioni.

Si è inteso in sostanza "estendere" l'ambito della sfera di competenza dell'Ordine rispetto ai limiti sanciti dalla legge istitutiva e dal relativo regolamento di esecuzione.

L'Ordine diviene, dunque, il necessario punto di riferimento per il medico per quanto riguarda sia la tenuta dell'albo, sia lo svolgimento del potere disciplinare ma anche per eventuali, ulteriori problemi che riguardano, comunque, l'esercizio professionale.

E' da sottolineare, infine, l'ultimo comma che attribuisce valore deontologico alle modalità di svolgimento degli incarichi nell'ambito degli organi istituzionali dell'Ordine. La norma deontologica è, quindi, in perfetta sintonia con quella legislativa che attribuisce ai rappresentanti degli enti pubblici l'obbligo di agire con diligenza e imparzialità nell'interesse della collettività, osservando la necessaria prudenza e riservatezza nell'espletamento dei propri compiti.

titolo 5° - RAPPORTI CON I TERZI

CAPO I - SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE

Art. 67 Modalità e forme di espletamento dell'attività professionale

Gli accordi, i contratti e le convenzioni diretti allo svolgimento di attività professionale in forma singola o associata, utilizzando strutture di società per la prestazione di servizi, devono essere approvati dagli Ordini, se conformi alle regole della deontologia professionale, che gli Ordini sono tenuti a far osservare in ottemperanza agli atti di indirizzo e coordinamento emanati dalla

Federazione, sentito il Consiglio Nazionale della stessa, ivi compresa la notificazione dello statuto all'Ordine competente per territorio.

Il medico non deve partecipare a imprese industriali, commerciali o di altra natura che ne condizionino la dignità e l'indipendenza professionale.

L'attività professionale può essere svolta anche in forma associata con le modalità previste dall'atto di indirizzo della Federazione Nazionale.

Il medico nell'ambito di ogni forma partecipativa o associativa dell'esercizio della professione:

- ✓ *è e resta responsabile dei propri atti e delle proprie prescrizioni;*
- ✓ *non deve subire condizionamenti della sua autonomia e indipendenza professionale;*
- ✓ *non può accettare limiti di tempo e di modo della propria attività, nè forme di remunerazione in contrasto con le vigenti norme legislative e ordinistiche e lesive della dignità e della autonomia professionale.*

Commento:

L'articolo in commento disciplina l'esercizio dell'attività professionale puntualizzando compiti e responsabilità del medico.

Viene confermato l'obbligo per gli iscritti di chiedere l'approvazione dell'Ordine per quanto riguarda gli accordi, i contratti e le convenzioni diretti allo svolgimento di attività professionali in forma singola o associata.

Il vaglio dell'Ordine deve riguardare, ovviamente, il rispetto delle regole della deontologia professionale e degli atti di indirizzo e coordinamento della Federazione.

Non si può ignorare l'estrema complessità della questione con lo specifico riferimento alla "vexata quaestio" della legittimità delle società commerciali aventi per oggetto l'esercizio delle attività sanitarie; ma il codice deontologico non si occupa strettamente di questa problematica, la tiene ben presente e rinnova quindi il dovere del medico di ottenere il vaglio deontologico dell'Ordine per quanto riguarda la costituzione di associazioni professionali.

E' da notare peraltro che l'articolo, forse in polemica con alcune prese di posizione del mondo dell'imprenditoria, vieta al medico la partecipazione a imprese industriali, commerciali o di altra natura che ne condizionino la dignità e l'indipendenza professionale.

E' questa del resto una polemica decisiva per il futuro stesso della professione medica che, ad avviso dell'Ordine professionale, non potrà mai essere ridotta a impresa, soggetta soltanto al meccanismo automatico dei costi-profitto.

Viene ribadita la legittimità dell'esercizio associato della professione, chiarendo, comunque, alcuni aspetti fondamentali che devono essere osservati per il corretto svolgimento dell'attività professionale in forma partecipativa o associativa.

Tali indirizzi riguardano l'assoluta necessità del mantenimento della responsabilità del medico per quanto riguarda atti e prescrizioni e il correlativo divieto di subire condizionamenti lesivi dell'autonomia e indipendenza professionali.

L'ultimo comma dell'articolo in commento si occupa dell'attività medica prestata nell'ambito della c.d. "mutualità volontaria". E' necessario preliminarmente osservare che l'art. 46 della legge 833/78 ha sancito la legittimità della mutualità volontaria prevedendo, però, nel contempo il divieto per enti, imprese ed aziende pubbliche di contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prevista dal SSN.

Il riconoscimento della mutualità volontaria è riconfermato anche nei D.lgs. nn. 502/92 e 517/93 attraverso la previsione di una regolamentazione tuttora non attuata dei fondi integrativi.

Da questa norma si può evincere una sostanziale diffidenza del legislatore dell'epoca per lo sviluppo della mutualità volontaria integrativa vista come una forma per assicurare migliori prestazioni sanitarie ai più abbienti o quanto meno agli appartenenti alle categorie più forti.

La realtà ha però camminato in modo esattamente contrario: negli ultimi anni, infatti, si è assistito ad uno sviluppo notevole, anche se abbastanza disordinato di forme di mutualità volontaria e di assistenza sanitaria integrativa.

In questo quadro la norma deontologica si preoccupa di garantire la correttezza del lavoro medico prestato nell'ambito del convenzionamento con enti assicurativi o di mutualità integrativa. Queste forme di convenzionamento, infatti, possono a volte essere non completamente in linea con i principi della deontologia professionale. Il medico interessato a stabilire questi tipi di rapporti deve chiedere la preventiva autorizzazione del proprio Ordine che a sua volta deve attenersi, in questo campo, alle indicazioni fornite dalla Federazione nazionale. A questo proposito si ricorda la deliberazione del Consiglio Nazionale del 12-13 dicembre 1997 che subordina l'autorizzazione ordinistica al rispetto del rapporto diretto fra il medico e il paziente, anche sotto l'aspetto economico, nel rispetto comunque della tariffa minima professionale. Si stabilisce, inoltre, la predisposizione di elenchi aperti a tutti i medici interessati e muniti dei titoli richiesti per l'attività professionale di cui trattasi. L'Ordine, inoltre, deve opportunamente tenere gli elenchi degli iscritti convenzionati con ciascuna associazione mutualistica con lo scopo di assicurare la necessaria vigilanza sull'osservanza delle norme deontologiche.

Per completezza è necessario ricordare che il recente Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del S.S.N.", prevede una normativa innovativa in riferimento ai fondi integrativi sanitari di cui va riconosciuta l'importanza per quanto riguarda la realizzazione di una rinnovata assistenza sanitaria.

In prosieguo di tempo sarà possibile verificare se finalmente il settore della mutualità volontaria troverà una regolamentazione chiara ed esauriente che coniughi il rispetto del diritto di scelta del cittadino e la tutela della professionalità del medico.

Art. 68 Rapporto con altre professioni sanitarie

Il medico non deve stabilire accordi diretti o indiretti con altre professioni sanitarie che svolgano attività o effettuino iniziative di tipo industriale o commerciale inerenti l'esercizio professionale.

Nell'interesse del cittadino il medico deve intrattenere buoni rapporti di collaborazione con le altre professioni sanitarie rispettandone le competenze professionali.

Commento:

Il divenire della normativa e i correlativi cambiamenti della società hanno anche influenzato il legislatore deontologico che nell'art. 68, 2° comma, stabilisce il dovere del medico, nell'interesse del cittadino, di intraprendere buoni rapporti di collaborazione con le altre professioni sanitarie nell'ambito delle rispettive competenze professionali.

E' facile leggere un riconoscimento della legittimità delle altre professioni sanitarie che non sono devono essere più riconosciute in un ruolo esclusivamente ancillare ma di cui viene riconosciuta la valenza professionale e culturale. E' noto, infatti, che attraverso l'istituzione dei diplomi universitari (lauree brevi) si sono venuti costituendo nuove professionalità (logopedia, ortottista, tecnici della riabilitazione, ecc.) che, pur non potendo invadere l'ambito della competenza della professione medica, ne costituiscono valido complemento per il superamento dei problemi di salute dei pazienti.

E' interessante a questo riguardo notare che il codice accoglie la dizione "altre professioni sanitarie" rispetto a quella precedentemente usata "di categorie sanitarie o professioni ausiliarie".

Tutto ciò premesso l'articolo in esame rappresenta un'ulteriore specificazione dei principi della tutela di indipendenza e della dignità professionale che non consentono uno svilimento dell'esercizio della medicina in senso commerciale.

Quali fattispecie pratiche da ritenere vietate ai sensi del presente articolo possono, esemplificativamente, essere indicati gli accordi tra medico ortopedico e fisioterapista o officina ortopedica - o oculista ed ottico-volti ad influenzare la scelta dei pazienti per fini in evidente violazione anche degli artt. 27 e 52 del codice.

La previsione che fissa il divieto per il medico di accordi diretti o indiretti con appartenenti ad altre categorie sanitarie o esercenti arti ausiliarie delle professioni sanitarie ha, infatti, come finalità, oltre che la tutela della dignità professionale, anche quella della effettiva libertà di scelta degli assistiti.

titolo 6° - RAPPORTI CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI**CAPO I - OBBLIGHI DEONTOLOGICI DEL MEDICO A RAPPORTO DI IMPIEGO O CONVENZIONATO****Art. 69 Medico dipendente o convenzionato**

Il medico che presta la propria opera a rapporto d'impiego o di convenzione, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine anche in adempimento degli obblighi connessi al rapporto di impiego o convenzionale.

Il medico qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini.

In attesa della composizione della vertenza Egli deve assicurare il servizio, salvo i casi di grave violazione dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale.

Commento:

Nel Titolo VI, Capo I "Obblighi deontologici del medico a rapporto di impiego o convenzionato", all'art. 69 si esprime il generale principio per il quale la sussistenza di rapporto di impiego o di convenzione del medico non devono sminuire l'adesione dello stesso ai valori etici fondamentali della deontologia professionale medica.

Si sottolinea il principio per cui, in caso di contrasto tra norme deontologiche e disposizioni dell'ente, il medico è tenuto a ricorrere al supporto fornito dall'Ordine professionale a salvaguardia, non solo dell'autonomia e della dignità della professione, ma anche e, soprattutto, dei diritti dei cittadini.

Si precisa anche che in attesa della soluzione del contrasto, salvo i casi di grave violazione dei diritti e dei valori umani delle persone e della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale, il medico è tenuto ad assicurare il proprio servizio.

E' questo un articolo che tende a restituire valenza all'Ordine professionale, nella sua veste di garante della professione a tutela del cittadino. E' un articolo fortemente voluto dalla categoria al fine di restituire alla figura professionale dello stesso la caratteristica assistenziale tipica della professione medica che il sempre più frequente inquadramento nella pubblica amministrazione dei sanitari tende a sminuire.

E' chiaro, infatti, che il rapporto di dipendenza ma anche quello convenzionale presuppongono un "incardinamento" totale o quanto meno parziale nell'ambito dell'organizzazione amministrativa dell'ente pubblico o della struttura privata presso cui si presta la propria attività professionale.

Il codice deontologico già all'art. 1 ha chiarito che "i principi e le regole della deontologia medica devono essere osservate dagli iscritti all'Ordine nell'esercizio della professione quali che siano l'ambito e lo stato giuridico in cui viene svolta".

Questa disposizione viene ora ad essere meglio esplicitata ribadendo l'articolo in commento il concetto della necessità dell'osservanza delle norme deontologiche anche quando le stesse contrastino con quelle proprie degli enti pubblici o delle strutture private presso cui il medico presta la propria attività.

Sono queste situazioni deprecabili che pongono il medico di fronte alla necessità di osservare la propria deontologia professionale anche quando questa osservanza possa esporlo al pericolo di violare precise disposizioni vigenti nell'ambito lavorativo in cui presta la propria attività. Il contrasto fra le norme deontologiche e le altre può essere particolarmente delicata quando ci si trovi di fronte ad una normativa prevista da una legge ordinaria dello Stato cui sono tutti tenuti all'osservanza.

Molto più frequente nella pratica è, invece, il contrasto che può insorgere fra "norme interne" emanate da enti pubblici, (circolari, ordini di servizio etc.) e precetti deontologici. In tutte queste situazioni, ovviamente, anche in quelle più gravi, il medico è tenuto a chiedere l'intervento del proprio Ordine affinché possano essere salvaguardati i suoi diritti unitamente a quelli degli assistiti. Sarà compito dell'Ordine scegliere la strada e i mezzi più opportuni per intervenire, quando la situazione lo richieda, a difesa del medico ma in realtà a difesa della deontologia professionale di cui l'Ordine stesso deve essere il primo geloso custode.

Le responsabilità insite nell'attività medica non permettono, però, al professionista, durante lo svilupparsi della vertenza, di interrompere il proprio servizio ponendo di conseguenza in pericolo i pazienti a lui affidati.

La norma deontologica, pertanto, gli impone di continuare a prestare il proprio servizio prevedendo solo un'eccezione nei casi in cui si fosse di fronte a violazioni gravi dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità della propria attività professionale.

Va sottolineato che il medico, come ogni cittadino, ha anche il diritto di adire personalmente, ove lo ritenga necessario, l'autorità giudiziaria a prescindere dall'intervento e dall'interessamento del proprio Ordine. Non può, infatti, non trovare applicazione, anche in questo caso, l'art. 24 della Costituzione che sancisce il diritto di tutti di agire in giudizio per la tutela delle proprie situazioni soggettive.

Art. 70 Direzione sanitaria

Il medico che svolge funzioni di direzione o di dirigenza sanitaria nelle strutture pubbliche o private deve garantire, nell'espletamento della sua attività, il rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica e la difesa dell'autonomia e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera.

Egli ha il dovere di collaborare con l'Ordine professionale, competente per territorio, nei compiti di vigilanza sulla collegialità nei rapporti con e tra medici per la correttezza delle prestazioni professionali nell'interesse dei cittadini.

Egli, altresì, deve vigilare sulla correttezza del materiale informativo attinente alla organizzazione e alle prestazioni erogate dalla struttura.

Commento:

L'art. 70, fortemente voluto dalla Commissione che ha aggiornato il codice deontologico, ha valenza di forte richiamo nei confronti di medici chiamati a svolgere funzioni di direzione e di dirigenza sanitaria nelle strutture pubbliche e private.

E' un articolo che puntualizza che il medico, inserito nel Servizio sanitario, pur perseguendo le finalità che il SSN si prefigge, non può non rispettare le norme comportamentali stabilite dal codice di deontologia medica in difesa della indipendenza della professione.

Il direttore sanitario deve improntare la propria attività al pieno rispetto dei principi contenuti nel presente codice e deve vigilare sulla correttezza e collegialità dei rapporti tra i medici che nel servizio sanitario operano.

Si ribadisce il principio già espresso nell'articolo precedente, ovvero che l'inquadramento del professionista medico nell'ambito della pubblica amministrazione non deve significare snaturamento degli elementi etico-comportamentali che connotano la professione.

E' un articolo con caratteristiche di attualità anche alla luce del mutato rapporto tra medico e cittadino. Riconoscere al direttore sanitario una specifica responsabilizzazione in difesa dell'autonomia e della dignità professionali del personale medico, sollecitandolo a un rapporto collaborativo con l'Ordine professionale, ha la precisa finalità di migliorare, per quanto possibile, il rapporto delle strutture pubbliche e private assistenziali con l'utenza.

Art. 71 Collegialità

Nella salvaguardia delle attribuzioni, funzioni e competenze, i rapporti tra i medici dipendenti e/o convenzionati, operanti in strutture pubbliche o private devono ispirarsi ai principi del reciproco rispetto, di collegialità e di collaborazione.

Commento:

I principi di reciproco rispetto e di collegialità, come abbiamo già visto nel commento a diversi precedenti articoli, (si pensi agli articoli 60 e 62 dedicati ai rapporti fra medico curante e consulente o fra medico curante e medici dei reparti ospedalieri) costituiscono la base delle relazioni che devono intercorrere fra colleghi in qualsiasi ambito lavorativo e non.

A maggior ragione tali principi devono essere punto di riferimento dei rapporti fra colleghi dipendenti o convenzionati operanti in una medesima struttura.

Nell'ambito lavorativo i rapporti fra i colleghi devono, ovviamente, essere inquadrati anche alla luce delle funzioni e competenze che ciascuno è chiamato a svolgere.

Quello che la norma deontologica vuol significare è che i rapporti fra i medici devono essere sempre ispirati al rispetto reciproco e ai principi di collegialità che favoriscono, oltre tutto, l'assunzione più consapevole e meditata delle necessarie decisioni operative.

Art. 72 Eccesso di prestazioni

Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni, nonché sul rispetto delle norme deontologiche.

Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato.

Commento:

E' questo un articolo di indubbia valenza etico-deontologica in quanto sottolinea, non soltanto l'impegno che il medico deve profondere nell'esercizio della propria attività professionale, ma soprattutto il livello qualitativo che lo stesso deve mantenere. E' evidente che l'applicabilità di questo articolo si scontra, frequentemente, con le condizioni strutturali e ambientali spesso indipendenti dalla volontà del professionista.

Il medico all'atto dell'assunzione dell'incarico deve verificare che le condizioni lavorative siano compatibili con il decoro dell'esercizio professionale.

Questo non lo esime, comunque, dal porre in essere ogni possibile tentativo per far sì che la prestazione effettuata a beneficio del malato non rischi di recare pregiudizi all'efficacia della prestazione stessa.

Come più volte osservato l'attività professionale medica, che in passato era considerata di carattere squisitamente libero-professionale, sta sempre più perdendo questa connotazione in conseguenza del continuo "allargarsi" dell'attività in regime di dipendenza e di convenzionamento con il SSN.

A prescindere se tali rapporti di lavoro si svolgano nell'ambito pubblico o in quello privato, è fondamentale per il medico esigere che la sua opera si svolga in condizioni tali da poter assicurare ai pazienti l'assistenza necessaria.

Può accadere che, per vari motivi, spesso legati a fatti contingenti, un medico si trovi a far fronte a un impegno lavorativo eccessivo a livello temporale. Si pensi, ad esempio, a un medico ospedaliero in servizio di guardia che non venga sostituito e che si veda costretto a prestare un ulteriore turno di lavoro. A parte gli esempi che si possano fare è evidente che nessuna attività professionale, tanto meno quella medica, può essere svolta in una situazione di disagio operativo che ne comprometta la qualità.

E' evidente che altri fattori possono "disturbare" o addirittura rendere precaria la prestazione professionale. Si pensi a carenze organizzative gravi per cui in una struttura ospedaliera, ad esempio, non vengano riparati i macchinari necessari per la quotidiana assistenza sanitaria; oppure a carenze di spazio a disposizione che non permettano ai medici di operare correttamente nel rispetto della dignità del malato. Accade di frequente che, per carenze di spazio, nei reparti ospedalieri avvengano ricoveri in ambienti inadeguati (i famosi posti-letto situati in corridoio).

Sempre a titolo esemplificativo si può far riferimento alle strutture di pronto soccorso che spesso non sono adeguate alle necessità.

Gli esempi di carenze organizzative o strutturali che possono porre in pericolo la qualità dell'atto medico, come abbiamo visto, possono essere molteplici. Bisogna evidenziare, peraltro, che spesso le vittime di questo stato di cose sono, oltre che i pazienti, gli stessi medici. Troppo spesso infatti i mass media identificano nella figura del medico il "capro espiatorio" di una situazione che, invece, non gli dovrebbe essere assolutamente imputata. Non si vuole, ovviamente, sostenere che non possano esistere anche responsabilità dei medici per le carenze dell'assistenza sanitaria ma si intende solo evidenziare come spesso il medico sia la prima vittima delle carenze amministrative e burocratiche che finiscono oltre tutto con il porlo in cattiva luce nei confronti dei suoi pazienti.

Per tutte queste ragioni la norma in commento del codice deontologico pone l'obbligo a carico del medico di esigere dai responsabili della struttura presso cui presta il proprio servizio che vengano poste in essere tutte le condizioni affinché la sua prestazione possa essere di livello accettabile alle necessità assistenziali.

La norma deontologica si preoccupa, in particolare modo, della necessità che le carenze organizzative non determinino l'infrangersi del rapporto fiduciario che è alla base della corretta relazione con i cittadini.

Art. 73 Conflitto di interessi

Il medico dipendente o convenzionato con le strutture pubbliche e private non può in alcun modo adottare comportamenti che possano favorire direttamente o indirettamente la propria attività libero-professionale.

Commento:

Il tema trattato in questo articolo, che nel codice precedente non aveva una sua autonomia, rinvia a una regola di correttezza professionale che dovrebbe essere ovvia, soprattutto alla luce, oggi, della regolamentazione dell'attività libero professionale intramoenia.

Gli episodi, comunque, spesso enfatizzati da una stampa pronta a cogliere soltanto gli aspetti negativi della professione medica, hanno convinto la Commissione dell'opportunità di evitare comportamenti, da parte del medico, che potrebbero favorire indebitamente la propria attività libero professionale.

In tal caso si configurerebbe una grave violazione del principio di correttezza nei confronti del paziente di cui verrebbe gravemente violata la libertà di scelta del medico e nei confronti anche dei colleghi che si troverebbero di fronte ad una attività di illecita concorrenza.

La deontologia professionale non può che condannare comportamenti mercantillistici che avviliscono la figura e il ruolo del medico nella società. L'esercizio della medicina, infatti, benché abbia anche connotazioni economiche non può mai essere inquadrato in una logica di puro profitto.

CAPO II - MEDICINA DELLO SPORT**Art. 74 Accertamento della idoneità fisica**

La valutazione della idoneità alla pratica degli sport deve essere ispirata a esclusivi criteri di tutela della salute e della integrità fisica e psichica del soggetto.

Il medico deve esprimere il relativo giudizio con obiettività e chiarezza, in base alle conoscenze scientifiche più recenti e previa adeguata informazione al soggetto sugli eventuali rischi che la specifica attività sportiva può comportare.

Commento:

Il capo II del Tit. VI del nuovo codice di deontologia medica, dedicato alla medicina dello sport, assume una particolare pregnanza in relazione alle polemiche che hanno attraversato il mondo dello sport interessando, peraltro, qualunque settore dell'opinione pubblica per quanto riguarda il valore morale ed educativo dello sport e la necessità di tutelare la salute pubblica da interventi medici e farmacologici lesivi della salute stessa.

Per quanto riguarda l'art. 74, che si riferisce al compito del medico di accertare e di certificare l'idoneità fisica allo sport, è opportuno sottolineare l'obbligo innovativo posto a carico del medico di informare in modo adeguato il soggetto sugli eventuali rischi che la specifica attività sportiva può comportare.

In precedenza, l'attenzione del legislatore deontologico si era soffermata, esclusivamente, sull'obbligo di obiettività e chiarezza dell'accertamento nell'ottica della tutela della salute e della integrità psichica e fisica del soggetto. Questi obblighi restano pienamente confermati, ma ad essi si aggiunge l'ulteriore compito dell'adeguata informazione.

L'importanza crescente dello "sport" nella società moderna diviene sempre più palese anche se sotto questa generica accezione si possono ricondurre fenomeni e attività sostanzialmente diversi. Sono individuate, infatti, tre aree riconducibili tutte nell'ambito dell'attività sportiva: sport professionistico, sport agonistico e sport non agonistico. E' chiaro che, per ciascuno di questi tre ambiti, diversi per intensità ed efficacia sono i controlli sanitari.

In rapida sintesi possiamo dire che, per quanto riguarda la tutela sanitaria dell'attività sportiva non agonistica, le disposizioni da applicare sono quelle contenute nel decreto del Ministro della Sanità del 28 febbraio 1983. L'art. 1 del citato decreto prevede che devono essere sottoposti a controllo sanitario per la pratica di attività sportive non agonistiche: gli alunni che svolgono attività fisico sportive organizzate dalla scuola, coloro che svolgono attività sportive organizzate dal Coni o da società affiliate alle Federazioni sportive nazionali che però non siano considerati atleti agonisti ai sensi del D.M. 18 febbraio 1982, coloro che partecipano ai giochi della gioventù.

Le disposizioni per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica sono contenute nel già citato D.M. 18 febbraio 1982, integrato con il successivo D.M. 28 febbraio 1983. Tali disposizioni, in buona sostanza, individuano i criteri che disciplinano i controlli sanitari di idoneità alle diverse attività sportive agonistiche. La normativa affida l'espletamento dei controlli sanitari relativi all'idoneità alla pratica sportiva agonistica alla Federazione medico sportiva italiana.

Per quanto concerne l'attività sportiva professionistica occorre tenere presente la legge 23 marzo 1981, n. 91, che all'art. 2 riconosce lo "status" di sportivo professionista agli atleti, agli allenatori ai direttori tecnico sportivi e ai preparatori atletici "che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal Coni".

Le norme delle Federazioni sportive nazionali secondo l'art. 7 della legge predetta devono prevedere l'istituzione di una scheda sanitaria per ciascun sportivo professionista da aggiornare con periodicità almeno semestrale. Esistono poi normative e regole particolari concernenti la tutela sanitaria dei praticanti le singole attività sportive. Ad esempio il D.M. 28 settembre 1982 stabilisce norme per la tutela sanitaria dei giocatori di calcio. Questo quadro normativo fa comprendere quanto importante e diversificato sia il compito del medico nel campo degli accertamenti relativi all'idoneità alle pratiche sportive. La norma deontologica in commento richiama il medico alla necessità, in questo come in tutti gli altri settori della sua attività, di ispirare la sua opera solo a rigidi criteri della tutela della salute dell'interessato. L'attività sportiva, infatti, anche se apporta, nella sua pratica corretta, un indubbio beneficio alla salute psicofisica di chi la svolge, può invece, se praticata in situazione anormale, divenire estremamente pericolosa per l'integrità dell'individuo.

Nelle certificazioni medico sportive devono sempre essere tenuti presente i criteri dell'obiettività e della chiarezza. Nella redazione dei certificati il medico deve dichiarare soltanto circostanze e fatti obiettivi che devono, inoltre, essere dal medico personalmente constatati.

Il requisito della chiarezza è nel campo delle certificazioni medico sportive particolarmente importante, considerando che la persona viene ad essere sottoposta a successivi controlli e che la redazione di un certificato di "inidoneità" può dar luogo ad un ricorso dell'interessato.

Si ricorda che, anche se gli obblighi deontologici costituiscono già di per sè un sufficiente motivo di stretta osservanza della correttezza professionale in questo ambito, esistono anche le disposizioni del codice penale che possono essere applicate (art. 481: "falsità ideologica commessa da persona esercente un servizio di pubblica necessità"; art. 480: "falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale"; art. 493: "falsità connesse da pubblici impiegati incaricati di un servizio pubblico").

Art. 75 Idoneità - Valutazione medica

Il medico ha l'obbligo, in qualsiasi circostanza, di valutare se un soggetto può intraprendere o proseguire la preparazione atletica e la prestazione agonistica.

Il medico deve esigere che la sua valutazione sia accolta, in particolare negli sport che possano comportare danni all'integrità psico-fisica degli atleti, denunciandone il mancato accoglimento alle autorità competenti e all'Ordine professionale.

Commento:

Questo articolo richiama il medico alla correttezza di comportamenti in ogni fase dell'attività sportiva.

In particolare impone al medico di evitare qualsiasi atteggiamento di inerzia soprattutto riguardo a sport che possono frequentemente comportare danni all'idoneità psico-fisica degli atleti.

L'attuale formulazione dell'articolo rafforza il dovere del medico di intervento (il caso tipico è quello del medico di bordo-ring durante gli incontri di boxe): E' prevista, infatti, la denuncia alle autorità competenti e all'Ordine professionale nel caso in cui la decisione del medico di interruzione dell'attività sportiva incontri difficoltà operative.

Lo scopo della norma è, infatti, quello di difendere, nell'interesse primario della tutela della salute pubblica, le attribuzioni del medico nel campo della medicina sportiva.

I regolamenti delle varie Federazioni sportive nazionali e internazionali devono prevedere disposizioni che permettano l'intervento dei medici per impedire ad un soggetto, in condizioni psicofisiche precarie, di intraprendere o proseguire gli allenamenti e/o le prestazioni agonistiche. La norma deontologica, peraltro, costituisce principalmente un richiamo alla coscienza professionale del medico che non deve mai dimenticare che le sue responsabilità sono quelle di difendere la salute dei suoi assistiti.

Si pensi a questo riguardo alla necessità di non farsi colpevolmente condizionare dai rilevanti interessi economici connessi alla pratica sportiva professionistica.

Il medico deve potere e sapere "fermare", se le condizioni soggettive e oggettive lo impongano, anche un atleta famoso alla vigilia o durante un importante impegno agonistico. Ancora maggiore spazio se possibile, deve essere riconosciuto al medico nella tutela, senza condizione, degli "atleti in erba" cioè dei soggetti in età evolutiva.

Art. 76 Doping

Il medico non deve consigliare, prescrivere o somministrare trattamenti farmacologici o di altra natura diretti ad alterare le prestazioni di un atleta, in particolare qualora tali interventi agiscano direttamente o indirettamente modificando il naturale equilibrio psico-fisico del soggetto.

Commento:

Per quanto riguarda il problema, particolarmente discusso, del rapporto tra medico e trattamento doping l'articolo in commento ha, in modo innovativo, chiarito il divieto per il medico di consigliare, prescrivere e somministrare trattamenti farmacologici o di altra natura diretti ad alterare la prestazione dell'atleta.

E' necessario porre l'accento sull'innovativo divieto di somministrare, considerando che alcune pratiche prevedono la necessità dell'intervento medico. Si pensi ad esempio alla pratica dell'autoemotrasfusione, in un primo tempo tollerata e successivamente proibita dalla legislazione sportiva.

L'articolo vieta al medico di agire direttamente e indirettamente in questo settore, considerando il ricorso alle pratiche di doping sempre pericoloso per la salute e causa di sensibili e a volte irreversibili modificazioni dell'equilibrio psico-fisico.

Il problema dell'utilizzo delle sostanze "doping" nello sport è, come noto, al centro di un dibattito particolarmente approfondito che interessa e preoccupa l'intera opinione pubblica. Tale questione, anche se concerne principalmente l'attività sportiva professionistica o comunque svolta ad alto livello, riguarda anche il mondo dello sport "dilettantistico" ed ha risvolti anche di carattere sociale. Si pensi a questo riguardo alla diffusione di farmaci e prodotti "anabolizzanti", fra i frequentatori di palestre o istituti in cui si pratica il c.d. "culturismo". Siamo di fronte, quindi, anche a soggetti che non ricavano alcun utile economico dalla propria pratica sportiva e che comunque sono inclini a utilizzare trattamenti farmacologici gravemente dannosi.

Al di là delle definizioni e degli elenchi che difficilmente possono risultare esaustivi, considerando il rapido progredire delle conoscenze scientifiche, il codice deontologico obbliga il medico ad astenersi dall'utilizzare trattamenti farmacologici o di altra natura che, per influenzare artificialmente le prestazioni di un atleta, agiscono modificando il naturale equilibrio psicofisico del soggetto.

Il medico deve sì mirare ad assicurare il miglior livello possibile di cure per la salute dell'atleta considerando gli sforzi che richiede la sua attività, ma deve opporsi all'uso di metodi di cura volti unicamente al superamento del limite della prestazione disponibile nell'atleta per la complessione psico-fisica in quel tempo. Occorre sempre considerare che anche i rischi cui l'individuo si espone non sono mai proporzionali agli obiettivi da raggiungere. Qualsiasi consenso fornito dall'interessato non può mai esimere il medico dalle sue responsabilità, considerando che è in discussione la salute dell'individuo che, come è noto, non è un "bene disponibile". Anche in questo settore trova applicazione il principio dell'informativa tra colleghi per cui il terzo comma dell'articolo in commento prevede l'obbligo del medico sportivo di comunicare al medico curante le terapie (anche quando ovviamente non costituiscono doping) cui si sta sottoponendo l'atleta. E' opportuno evidenziare che la comunicazione deve sussistere anche all'inverso, cioè tra medico curante e medico dello sport. Si pensi infatti al caso frequente di atleti che assumono farmaci "proibiti" per gli sportivi ma assolutamente leciti per i "normali cittadini". La mancata comunicazione al medico sportivo può far incorrere l'atleta in provvedimenti punitivi non meritati.

Per questo il ruolo dell'Ordine, attraverso il suo potere disciplinare, in sintonia con il Coni e le varie Federazioni sportive può risultare decisivo per interventi non solo repressivi, atti a combattere il doping. Da qui discende la necessità della collaborazione di medici che devono preoccuparsi di segnalare al proprio Ordine qualsiasi comportamento scorretto (prescrizione o suggerimento di assunzione di farmaci, integratori alimentari o sostanze da considerarsi dopanti) posto in essere da medici o da non medici. E' chiaro che il potere disciplinare dell'Ordine potrà applicarsi solo ai primi ma nulla vieta all'Ordine di chiedere l'intervento giudiziario sui secondi, specialmente quando sia configurabile il reato di esercizio abusivo della professione.

CAPO III - TUTELA DELLA SALUTE COLLETTIVA

Art. 77 Attività nell'interesse della collettività

Il medico è tenuto a partecipare all'attività e ai programmi di tutela della salute nell'interesse della collettività.

Commento:

Con questo articolo, reso più sintetico ma ugualmente incisivo, si sottolinea il ruolo sociale che il medico deve rivestire nella società. La figura professionale del medico è quindi una costante ineludibile per il raggiungimento delle finalità sociali e assistenziali dello Stato.

Si pensi al ruolo centrale, indubbiamente benemerito, che sta svolgendo la categoria medica per assicurare risultati agli interventi assistenziali nel recente passato e anche attualmente nei teatri di guerra delle repubbliche slave.

Art. 78 Trattamento sanitario obbligatorio e denunce obbligatorie

Il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività la informativa alle autorità sanitarie e ad altre autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dalla legge, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato.

Commento:

Si tratta di una serie di fondamentali attività di interesse generale e d'indole medico-legale che ciascun medico è tenuto a svolgere nell'interesse della autorità sanitaria e giudiziaria, ai fini della tutela della pubblica salute e della amministrazione della Giustizia.

Nella precedente formulazione del codice di deontologia medica, tali obblighi erano specificati almeno nella enunciazione generale; ma il variare incessante delle norme e la loro sempre più precisa scansione in termini di modi, di tempi e di fini della loro esecuzione sono sembrate condizioni di tanto frastagliata e complessa formulazione da non poter essere esposte in dettaglio e tanto meno sommariamente richiamate nell'ambito di una norma deontologica, di spessore etico, diretta a fissare principi generali e divieti comportamentali e ragioni di doverosità anche di valenza pubblicistica.

Le modalità attuative dei trattamenti sanitari obbligatori (malattie mentali e infettive, vaccinazioni), le caratteristiche delle denunce alla autorità giudiziaria (referto e rapporto), alla autorità amministrativa (cause di morte, ecc.), alla autorità sanitaria (malattie infettive e diffuse, ecc.), alle assicurazioni sociali (infortuni e malattie professionali) sono per di più contenute in una varia e indaginosa serie di fonti (testo unico delle leggi sanitarie, regolamento di polizia mortuaria, codice penale, legge di riforma sanitaria, testi normativi speciali) che fanno parte della irrinunciabile formazione medico legale di ciascun medico, sia egli pubblico ufficiale, incaricato di un pubblico servizio ovvero esercente la libera professione e sono, comunque, costantemente aggiornate nei fondamentali testi della disciplina e nella guida all'esercizio professionale.

Restano, peraltro, essenziali agli effetti della precisa ottemperanza medica, ai molteplici impegni di medicina pubblica, d'indole intelligentemente informativa, la consapevolezza del significato non meramente formale degli atti e la sensibilità con la quale armonizzare, nel rispetto delle norme, esigenze pubbliche e diritti della persona, bene interpretando e applicando le garanzie previste sulle norme stesse a difesa dei diritti di libertà (referto) e di riservatezza (denunce di malattie infettive), che rispettivamente si spingono sino a esonerare il medico del referto ove la persona assistita ne fosse esposta a procedimento penale e a consentire (come per l'AIDS) la tutela dell'anonimato.

Art. 79 Prevenzione, assistenza e cura della dipendenza da sostanze da abuso

L'impegno professionale del medico nella prevenzione, nella cura e nel recupero clinico e reinserimento sociale del dipendente da sostanze da abuso deve, nel rispetto dei diritti della persona e senza pregiudizi, concretizzarsi nell'aiuto tecnico e umano, sempre finalizzato al superamento della situazione di dipendenza, in collaborazione con le famiglie e le altre organizzazioni sanitarie e sociali pubbliche e private che si occupano di questo grave disagio.

Commento:

Anche in rapporto all'angoscioso problema del dilagare delle tossicodipendenze è stata scelta la via della sollecitazione a un impegno professionale di indole essenzialmente ma non solo tecnicamente sanitaria, connotato peraltro da forte e appassionata tensione solidaristica e da chiara volontà collaborativa a una difesa individuale e sociale che deve esprimersi soprattutto con la forza dell'informazione, della partecipazione, della responsabilizzazione, a cui ciascun medico deve farsi fondamentale interprete e attivo promotore.

D'altronde, questo diverso modo di intendere il ruolo del medico nella drammatica vicenda del consumo delle droghe d'abuso, fortemente lesivo della salute e, talvolta, dei rapporti nelle famiglie e nella società, corrisponde all'attuale silenzio legislativo post-referendario, che nel superamento dei precedenti e alternativi orientamenti di durezza sanzionatoria o di pervasione sanitaria, non può non essere colmato se non da una attiva e collaborante presenza del medico e della struttura socio sanitaria, da far valere nel rispetto di diritti alla libertà e alla privacy, ma anche con la sollecita premura degli interventi di prevenzione, di informazione, di indirizzo verso possibili soluzioni di affrancamento dalla dipendenza.

DISPOSIZIONE FINALE

Gli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri sono tenuti a inviare ai singoli iscritti all'Albo il Codice di Deontologia Medica e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento.

Il medico e l'odontoiatra devono prestare il giuramento professionale.

Commento:

Costituisce una vera e propria innovazione l'inserimento nel codice di deontologia medica di una disposizione finale, volta a sancire l'obbligo per gli Ordini provinciali di portare a conoscenza degli iscritti il codice di deontologia medica e a svolgere periodicamente corsi di aggiornamento e approfondimento delle tematiche deontologiche.

Si è voluto con energia affermare che lo studio della deontologia non deve rimanere "territorio per gli addetti al lavoro", ma deve essere materia viva e conosciuta per tutti gli esercenti la professione medica e odontoiatrica.

Le regole della deontologia, lungi dall'essere un approfondimento nobile ma lontano dalla realtà quotidiana, devono diventare esperienza di vita per il medico e punto di riferimento per superare le indubbe difficoltà che la professione comporta.

A questo riguardo nella disposizione finale viene anche sancito l'obbligo per il medico e l'odontoiatra neo-iscritto di prestare il giuramento professionale. Si è voluto, come già detto, riaffermare l'immanenza delle norme deontologiche nella professione, non solo come esperienza culturale ma come guida nell'esercizio quotidiano della pratica professionale.

COMPONENTI DELLA COMMISSIONE PERMANENTE PER LA REVISIONE DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

COORDINATORE:

Dott. Aristide PACI

COMPONENTI:

Dott.ssa Maria DEL PESCE

Dott. Luigi DI CIOCCIO

Dott. Enrico HULLWECK

Prof. Michele OLIVETTI

Dott. Giovacchino PACINI

Dott. Antonio PANTI

ESPERTI:

Prof. Mauro BARNI

Con la collaborazione dell'Ufficio legale della FNOMCeO:

Dott. Mario RAIMONDI

Dott. Marco POLADAS

Dott.ssa Rossella PROCINO

Sig.ra Anna COMPAGNUCCI

Sig.ra Elisabetta POMPEO

Riferimenti legislativi

ART. 1 Art. 5 c. p. ;

DLCPS 13 settembre 1946 n. 233 "Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse";

DPR 5 aprile 1950 n. 221 "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del D.Lgs 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse"

ART. 2 DLCPS 13 settembre 1946 n. 233 "Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse";

DPR 5 aprile 1950 n. 221 "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del D.Lgs 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse";

L. 5 febbraio 1992 n. 175 "Norme in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie";

L. 26 febbraio 1999 n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie";

L. 14 ottobre 1999 n. 362 "Disposizioni urgenti in materia sanitaria"

ART. 3 Artt. 3 e 32 della Costituzione della Repubblica Italiana;

ART. 4 DLCPS 13 settembre 1946 n. 233 "Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse"

ART. 5 DLCPS 13 settembre 1946 n. 233 "Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse";

DPR 5 aprile 1950 n. 221 "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del D.Lgs 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse"

ART. 6 L. 23 aprile 1981 n. 154 "Norme in materia di ineleggibilità e incompatibilità alle cariche di consigliere regionale, provinciale, comunale e circoscrizionale e in materia di incompatibilità degli addetti al Servizio sanitario nazionale";

L. 25 marzo 1993 n. 81 "Elezione diretta del sindaco, del presidente della provincia, del consiglio comunale e del consiglio provinciale";

L. 23 febbraio 1995 n. 43 "Nuove norme per l'elezione dei consigli delle regioni a statuto ordinario"

ART. 7 Art. 593 c. p.;

L. 5 giugno 1990 n. 135 "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS"

ART. 8 Artt. 256 e 257 T.U. delle leggi sanitarie approvato con R.D. 27 luglio 1934 n. 1265

ART. 9 Artt. 326 e 622 c. p.;

L. 31 dicembre 1996 n. 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali";

punto a) Deroghe artt. 331 – 334 c.p.p. e 365 - 384 c.p.;

punto b) Art. 5 c. p.;

art. 5 comma 4 della L. 5 giugno 1990 n. 135 "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS";

punto c) L. 31 dicembre 1996 n. 675 " Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali";

comma 5) Art. 200 c.p.p.

ART. 10 L. 31 dicembre 1996 n. 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

ART. 11 Art. 326 c.p. ;

L. 31 dicembre 1996 n. 675 " Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

ART. 12 Art. 2336 c.c.;

D.Lgs 29 maggio 1991 n. 178 come modificato dal D.Lgs 18 febbraio 1997 n. 44 "Recepimento delle direttive della Comunità Economica Europea in materia di specialità medicinali";

D.M. 15 luglio 1997 "Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali";

D.L. 17 febbraio 1998 n. 23 "Disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria";

D.L. 16 giugno 1998 n. 186 "Disposizioni urgenti per l'erogazione gratuita di medicinali antitumorali in corso di sperimentazione clinica, in attuazione della sentenza della Corte costituzionale n. 185 del 26 maggio 1998";

Ordinanza Ministro della Sanità 20 novembre 1998 "Proseguimento del Multitratamento Di Bella";

Comunicato Ministero della Sanità G.U. 25 novembre 1998 n. 276 "Comunicato relativo alla conclusione degli studi sperimentali sul multitratamento Di Bella (MDB), disciplinati dall'art. 1 del decreto legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n. 94"

ART. 16 Art. 2 L. 23 dicembre 1978 n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale"

ART. 17 Artt. 2 – 3 – 32 Costituzione della Repubblica Italiana

ART. 19 Artt. 5 – 7 – 9 L. 22 maggio 1978 n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza"

ART. 20 Art. 5 L. 5 giugno 1990 n. 135 "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS";

ART. 21 L. 31 dicembre 1996 n. 675 " Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

ART. 22 Artt. 2699 e 2700 c.c.

ART. 23 DPCM 27 giugno 1986 "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti delle case di cura private"

ART. 28 Art. 170 T.U. delle leggi sanitarie approvato con R.D. 27 luglio 1934 n. 1265

ART. 30 Art. 20 L. 23 dicembre 1978 n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale";

L. 22 dicembre 1975 n. 685 "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope: Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza";

DPR 9 ottobre 1990 n. 309 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti o sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza";

D.Lgs 7 dicembre 1993 n. 517 "Modificazioni al D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992 n. 421"

ART. 31 L. 31 dicembre 1996 n. 675 " Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

ART. 33 Art. 330 – 333 – 336 – 384 c.c.

ART. 35 Art. 593 c.p.

ART. 38 L. 1 aprile 1999 n. 91 "Disposizioni in materia di prelievi e trattamenti di organi e tessuti";

Legge 29 dicembre 1993 n. 578 "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte";

D.M. 22 agosto 1994 n. 582 "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte"

ART. 39 L. 26 giugno 1967 n. 458 "Trapianto del rene tra persone viventi"

ART. 40 L. 22 maggio 1978 n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza";

L. 14 aprile 1982 n. 164 "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso"

ART. 41 L. 22 maggio 1978 n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza"

ART. 42 Testo unificato n. 4048/Senato approvato dalla Camera dei deputati il 26 maggio 1999 disegni e proposte di legge "Disciplina della procreazione medicalmente assistita";

Circolare Ministro Degan 1987

ART. 43 Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e la Biomedicina approvata ad Oviedo il 4 aprile 1997;

Protocollo addizionale (Parigi 12 gennaio 1997)

ART. 44 Risoluzione Az-327 del 1988 Parlamento Europeo

ART. 45 Art. 33 Costituzione della Repubblica Italiana;

D.M. 18 marzo 1998 "Linee guida di riferimento per l'istituzione e il funzionamento dei Comitati etici";

Circolare Ministero Sanità 8 aprile 1999 n. 6

ART. 47 D.M. 15 luglio 1997 "Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali"

ART. 48 Consiglio d'Europa – Raccomandazione n. 621 del 1971;

Direttiva Consiglio d'Europa 86/609/CEE in materia di protezione degli animali utilizzati a fini sperimentali o ad altri fini scientifici;

D.Lgs 27 gennaio 1992 n. 116 "Attuazione della direttiva n. 86/609/CEE in materia di protezione degli animali utilizzati a fini sperimentali o ad altri fini scientifici" ;

L. 12 ottobre 1993 n. 413 "Norme sull'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale"

ART. 50 Art. 47 della Costituzione della Repubblica Italiana

ART. 52 L. 21 febbraio 1963 n. 244 "Norme generali relative agli onorari e ai compensi per le prestazioni medico-chirurgiche e istituzione della relativa tariffa";

DPR 17 febbraio 1992 (G.U. n. 128 del 2 giugno 1992) "Approvazione della tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche e odontoiatriche"

ART. 53 L. 5 febbraio 1992 n. 175 "Norme in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie";

L. 26 febbraio 1999 n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie";

L. 14 ottobre 1999 n. 362 "Disposizioni urgenti in materia sanitaria"

ART. 58 L. 31 dicembre 1996 n. 675 " Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

ART. 59 Art. 32 Costituzione della Repubblica Italiana;

L. 23 dicembre 1978 n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale"

ART. 61 Art. 2232 c.c.;

Art. 348 c.p.

ART. 64 Art. 14 L. 23 dicembre 1978 n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale";

Art. 373 c.p.

ART. 67 L. 23 dicembre 1978 n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale";

D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";

D.Lgs 7 dicembre 1993 n. 517 "Modificazioni al D.Lgs 30 dicembre 1992, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";

L. 30 novembre 1998 n. 419 "Delega al Governo per la razionalizzazione del SSN e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del SSN – Modifiche al D.Lgs 502/92";

D.Lgs 19 giugno 1999 n. 229 "Norme per la razionalizzazione del SSN"

ART. 74 L. 23 marzo 1981 n. 91 "Norme in materia di rapporti tra società e sportivi professionisti";

D.M. 18 febbraio 1982 "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica";

D.M. 28 febbraio 1983 "Integrazione e rettifica al decreto ministeriale 18 febbraio 1982, concernente norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica"

Giuramento Professionale

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:

- di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento;
- di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;
- di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente;
- di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana, contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze;
- di prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza secondo scienza e coscienza e osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione;
- di affidare la mia reputazione esclusivamente alla mia capacità professionale e alle mie doti morali;
- di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il prestigio e la dignità della categoria;
- di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni;
- di curare tutti i miei pazienti con eguale scrupolo e impegno indipendentemente dai sentimenti che essi mi ispirano e prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica;
- di prestare assistenza d'urgenza a qualsiasi infermo che ne abbisogni e di mettermi, in caso di pubblica calamità, a disposizione dell'Autorità competente;
- di rispettare e facilitare in ogni caso il diritto del malato alla libera scelta del suo medico, tenuto conto che il rapporto tra medico e paziente è fondato sulla fiducia e in ogni caso sul reciproco rispetto;
- di astenermi dall' "accanimento" diagnostico e terapeutico;
- di osservare il segreto su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato.