

# **EVOLUZIONE DEL CODICE DEONTOLOGICO MEDICO IN ITALIA**

**RELATORE:**

**Chia.mo Prof. CLAUDIO BUCCELLI**

**Candidato**

**Dott.ssa Francesca Pepe**

Anno accademico 2007-08

*Indice:*

**Capitolo I:** La deontologia professionale medica: categorie concettuali; proliferazione dei Codici di Deontologia Medica.

**1.1.:** Deontologia professionale: tentativi definitivi e problemi attinenti alla natura.

**1.2.** La deontologia medica: specifiche caratteristiche, nascita e ragion d'essere nel mondo contemporaneo.

**1.3.:** Brevi accenni ai rapporti tra Codice Deontologico Medico ed etica e bioetica.

**1.4.:** I contenuti etico-deontologici della professione medica

**1.5.:** Piano generale dello studio.

**CAPITOLO II:** Tappe evolutive del Codice Deontologico Medico e analisi comparativa quali-quantitativa tra le diverse edizioni dello stesso

**2.1.:** Breve storia dei Codici di Deontologia Medica: dal Codice di Sassari al nuovissimo Codice di Deontologia Medica.

**2.2.:** Il Codice Deontologico Medico attualmente vigente.

**2.3:** Evoluzione quali-quantitativa: *Consenso Informato e Sperimentazione Medica*

**CAPITOLO III:** Raffronto tra le norme deontologiche e quelle giuridiche: aspetti di sovrapposizione e discrepanza.

**3.1.:** La professione medica: rapporti con la responsabilità civile e penale e diversi profili giuridici.

**3.2.:** Concomitanze e convergenze di tutele giuridiche, nonché sovrapposizione di controlli per gli illeciti che attengono ad interessi di differente rilevanza.

**3.3.:** L'obbligo di aggiornamento ed altre prescrizioni normative per il comportamento del medico.

**3.4.:** Nuove elaborazioni della dottrina giuridica e della giurisprudenza di legittimità circa il regime di responsabilità del sanitario e della struttura medica.

**Capitolo IV:** Analisi comparativa tra il “nuovissimo” Codice di Deontologia Medica e i Codici Deontologici di altre professioni

**4.1.:** Raffronto quali-quantitativo

**Capitolo V:** Raffronto tra il Codice Deontologico Medico Italiano e quello delle altre nazioni dell’U.E

**Capitolo VI:** Valutazioni conclusive.

# **CAPITOLO I**

**La deontologia professionale medica:  
categorie concettuali; proliferazione dei  
Codici di Deontologia Medica.**

## **1.1.: Deontologia professionale: tentativi definitivi e problemi attinenti alla natura.**

Definire i contenuti, la sostanza e la stessa ragion d'essere della deontologia professionale, con particolare riguardo a quella medica, è operazione difficile, sotto numerosi punti di vista.

Resta evidente che la questione involga numerose, e non di semplice trattazione, materie: l'etica, la morale (intese prima di tutto come categorie filosofiche), le norme giuridiche, quelle sociali e, infine, le norme degli ordini professionali di riferimento, partendo dalle categorie più elevate per giungere a quelle di più facile approccio.

Cionondimeno la deontologia professionale è stata materia di approfonditi studi e concettualizzazioni, ai quali è possibile accedere per giungere ad una base condivisa e condivisibile di elaborati intellettuali, su tale sdruciolevole ma fondamentale materia.

Per partire dagli albori dell'emersione della categoria della deontologia *tout court*, chiaramente l'antecedente logico di quella *strictu sensu* professionale ci si può rifare alla prima definizione di deontologia, emersa, sul piano filosofico, nelle elaborazioni di Jeremy Bentham, il quale definisce la deontologia quale una scienza del conveniente, cioè una morale fondata sulla tendenza a seguire il piacere e fuggire il dolore e che per ciò prescinda da ogni appello al dovere e alla coscienza: "il compito del deontologo è quello di insegnare come l'uomo debba dirigere le sue emozioni in modo che esse siano subordinate al proprio benessere"<sup>1</sup>.

La deontologia, nell'ottica utilitaristica di Bentham, è quindi una scienza del bene e dell'opportuno, per il conseguimento del benessere dell'uomo (in tal senso va inteso l'appello alla non subordinazione del piacere al dovere,

---

<sup>1</sup>Bentham J., *Deontology or the Science of Morality*, per cura di J. Bowring Edimburgo, 1834.

altrimenti aberrante risulterebbe il ragionamento del filosofo inglese, nonostante il suo utilitarismo).

Partire da questa definizione di deontologia, che è e rimane la prima ad essere apparsa in termini filosofici, può essere svitante perché non è questa ma, piuttosto, un'altra elaborazione ad aver poi ispirato la concettualizzazione dei codici etici professionali.

Infatti la matrice filosofica della deontologia professionale, come la intendiamo oggi, non va rinvenuta negli enunciati di Bentham, quanto piuttosto in quelli di Immanuel Kant.

Il filosofo di Königsberg, infatti, attraverso l'elaborazione della categoria del cosiddetto *imperativo categorico*<sup>2</sup>, voleva ricostruire un insieme di principi universali attraverso il quale poter giudicare la bontà delle azioni.

Più fedele al senso etimologico della parola deontologia che deriva dal greco "*deòn*", "dovere" e quindi etimologicamente il termine sostanzialmente significa "parola, discorso sui doveri"<sup>3</sup>, Kant ambiva a stabilire, con la formulazione filosofica della deontologia, un sistema etico che non dipendesse dall'esperienza soggettiva ma da una logica inconfutabile. Quindi, la correttezza etica di un comportamento sarebbe un dovere assoluto e innegabile, alla stessa maniera in cui nessuno potrebbe negare che due per due fa quattro.

Opposta dunque appare la sua posizione, anche da un così breve sguardo, a quella di Bentham che invece poneva nel soggettivo massimo, rappresentato dall'utilitarismo e dal conseguimento del proprio benessere, la ragion d'essere della deontologia.

---

<sup>2</sup> Kant I., *Critica della ragion pratica*, Königsberg 1788.

<sup>3</sup> Dall'analisi etimologica del termine ben si intende come, parlando di deontologia, non si può affatto limitare quest'ultima allo studio dei doveri imposti dalla legge escludendo che i doveri siano anche posti (come effettivamente sono ed è giusto considerare che siano) da regole di matrice etico-morale.

Kant, infatti, assegna alla logica, attraverso l'imperativo categorico, il dovere di determinare la correttezza o meno di un'azione. Esso si fonda sull'idea della massima che divenuta universale contraddice sé stessa.

L'esempio adatto è quello di chi si rifiuta di aiutare gli altri, perché è indifferente alle loro sorti. Kant, in questo caso, ci dice che un mondo in cui ognuno pensi solo alla propria felicità è coerentemente immaginabile, tuttavia, ci mostra come una volontà che istituisse questo principio si auto-contraddirrebbe, poiché ogni singolo perderebbe la possibilità di essere soccorso nel momento del bisogno e questo non è razionalmente desiderabile da alcuno.

Data questa premessa, in via di una prima marchiata e perciò stessa grossolana definizione della deontologia professionale, si può descrivere quest'ultima quale insieme delle norme comportamentali che un esercente una professione, tutelata da un Ordine, deve mettere in atto, per preservare la propria professionalità, l'onorabilità dell'Ordine di riferimento e il miglior svolgimento della professione stessa.

Le norme comportamentali di cui in discussione sono quelle che solitamente vengono riferite ad un cosiddetto "codice etico", ossia quello che, sempre in modo sintetico, si potrebbe dire definisca quell'insieme di principi di condotta che rispecchia, in riferimento a un determinato contesto culturale, sociale o professionale, particolari criteri di adeguatezza e opportunità.

Per quanto pur così sommariamente detto, la definizione di "codice etico", quindi, rimanda inesorabilmente all'antica e complessa problematica della morale ovvero dell'esistenza, o meno, di principi universali ai quali dovrebbero ispirarsi le azioni dell'uomo.

In particolare, il termine "codice etico" acquisisce un suo valore specifico nella contemporaneità, proprio quando, parallelamente all'indebolimento dei

cosiddetti "pensieri forti" tradizionali (le ideologie politiche, filosofiche e religiose che dettavano in modo rigido le norme della convivenza sociale), si assiste alla crescente domanda di regole di deontologia capaci di determinare i limiti e le condizioni della prassi umana, in particolari contesti.

Fra questi contesti, possiamo citare a titolo meramente esemplificativo, quelli professionali, cui la presente trattazione si dirige: in questo caso il termine "codice etico" viene a identificare quell'insieme di regole, peraltro di non sempre evidente determinazione oggettiva e di ancor meno frequente applicazione nella prassi, atte a identificare la liceità, o meno, di determinati comportamenti tenuti dal professionista nell'esercizio delle proprie funzioni e nel rapporto con l'opera intrapresa (intervento medico, redazione di atti processuali, progettazioni di edifici, solo per citarne alcuni e a titolo meramente esemplificativo) e soprattutto nei confronti del cliente-paziente.

In casi come questi, il codice etico, più o meno esplicito, è di fatto esposto all'obiezione di un potenziale controllo preventivo di tipo illiberale rispetto alla più sciolta determinazione del soggetto umano (il professionista è e rimane prima di tutto un uomo), sulle manifestazioni stesse dell'esercizio della propria professionalità<sup>4</sup>; in realtà, obiettano a loro volta i fautori di strumenti di auto-disciplina quali il codice etico, è proprio attraverso questo intervento auto-regolativo, (operato a monte dall'Ordine professionale al quale ci si associa e del quale si è concretamente simbolo con la propria attività lavorativa, attraverso l'elaborazione del codice stesso) che può essere evitata l'applicazione di strumenti più drastici con i relativi interventi sanzionatori (ad es. da parte della pubblica autorità, attraverso la magistratura etc.).

---

<sup>4</sup> Va qui opportunamente considerato che tale compressione della libera autodeterminazione del soggetto sul piano meramente concettuale potrebbe esser particolarmente odiosa, poiché l'esercizio della propria professione è considerabile (e normativamente è considerato tale nel nostro ordinamento addirittura nella fonte più alta delle nostre leggi, artt 1 e 2 Cost.) alla stregua di massima manifestazione della personalità umana, materia delicatissima e di somma importanza la cui compressione può trovar luogo e ragione solo a tutela di interessi di pari grado, non essendovene di poziori.

Va però qui rapidamente affermato e sommariamente sottolineato che, sebbene l'Etica sia, per quando detto, il plafond dell'emersione stessa delle Deontologie Professionali (E qui con Etica sin intende quella scaturita dalle elaborazioni di Socrate, Platone e Aristippo e accresciute secondo una linea di pensiero in un certo senso mai cessata e giunta sino ad Hobbes, Locke, lo stesso Kant e ai giorni nostri con Croce, che guarda alla creazione di quella che potrebbe definirsi una "norma morale" che sgorga dall'osservazione dell'operare umano e non da pretese leggi obiettivi sovraumane o connaturate all'essere umano come prevedevano le elaborazioni presofistiche o eraclitee e pitagoriche.), ci sia e rimanga una differenza sostanziale tra la matrice (l'etica) e il prodotto (la deontologia).

Infatti se la prima è immutata ed immutabile, la seconda segue lo svolgersi del tempo e l'evoluzione della società. Sebbene in termini strettamente filosofici questo non sia del tutto correttamente detto, perché si potrebbe osservare che se l'Etica fosse immutata e immutabile avrebbe perseguito i propri fini e non sarebbe più oggetto di polemiche e studi. Per approfondire questo discorso però bisognerebbe porre mente alle distinzioni tra etica e morale e scervare la questione in termini tecnicamente filosofici, cosa che va oltre gli intenti e gli scopi della presente trattazione.

## 1.2. La deontologia medica: specifiche caratteristiche, nascita e ragioni d'essere nel mondo contemporaneo.

Data per buona tale definizione della deontologia professionale e la prima superficiale scrematura dei problemi a tal ambito attinenti, si passi ora ad osservare più nello specifico le questioni concernenti la deontologia medica, punto di attenzione focale del presente elaborato.

E' Ledalcano<sup>5</sup> che soccorre nella definizione di deontologia medica: *“l'insieme dei doveri che competono al medico della sua professione”*; contemporaneamente, però, nel prosieguo della sua dissertazione, l'autore mostra un certo fastidio nel dover tributare alla deontologia medica un ruolo di chissà che peso nell'esercizio della professione stessa.

Ma d'altronde non è il solo autore, quello citato, ad aver crescenti perplessità circa il volere e la rilevanza della materia in oggetto: da più fronti è stato, infatti, sostenuto che la deontologia medica subisca un processo di sempre maggiore emarginazione nella cultura degli operatori sanitari, tanto da giungere all'estremo della plausibilità del domandarsi se tale materia abbia un futuro e in quali termini.

Numerosi sono gli autori che hanno affrontato tale delicatissimo argomento, su tutti si citi Mario Oppes<sup>6</sup>.

La posizione del Lecaldano esprime patentemente un sospetto nei confronti del Codice etico professionale laddove, apertamente afferma che il fatto che *“i doveri del medico debbano essere interamente derivati da un codice espresso da un'associazione professionale”*<sup>7</sup> sia facilmente sottoponibile a dubbio e

---

<sup>5</sup> Ledalcano E., *Dizionario di Bioetica*, Bari Laterza, 2002 p. 78.

<sup>6</sup> Mario Oppes, *Quale futuro per la deontologia medica*, in *Medicina e Morale* 2005/02 p. 399 ss.

<sup>7</sup> Lecandano E., *Bioetica, Le scelte morali*, Bari, Laterza, 1999, p.72.

critica e sostiene, ancora manifestatamente, di non intendere il perché si debba considerare un dovere professionale come prioritario rispetto a quello che si ha genericamente in seguito alla qualità di essere umano: *“non risulta evidente la validità della conclusione che i doveri della propria professione debbano comunque avere la meglio laddove entrino in conflitto con altri doveri più generali.”*

Ancora in senso più definitivo circa il disvalore da lui sostenuto rispetto alle pretese regole della deontologia, l'Autore conclude: *“le regole di un qualsiasi codice deontologico non possono essere trasformate in doveri morali, ma vanno considerate come suggerimenti prudenziali e ipotetici.”*

Ma il Lecandano non è solo su queste posizioni così sferzantemente critiche rispetto alla deontologia professionale medica; si veda ad esempio quanto elaborato dallo Scarpelli<sup>8</sup> il quale stigmatizza la pretesa prevalenza della deontologia sul diritto: *“appare veramente ignara e banalizzante la clausola, per cui il medico si impegna ad osservare le norme giuridiche purché non in contrasto con gli scopi della professione”* paradossalmente osservando che *“cosa mai potrà temere il paziente da un medico che si senta autorizzato, anzi vincolato dal giuramento, a violare il diritto antepoendogli la propria interpretazione del compito medico?”*

Queste riflessioni ancorché abbiano per certi versi il gusto della provocazione intellettuale, sono particolarmente fini e, se rapportate a quanto detto in precedenza sulla deontologia in quanto tale e sulla necessità che quella professionale sia ispirata e guidata dalle poziori categorie dell'etica e della morale, resta allora legittimo chiedersi quale spazio di autonomia abbia la deontologia medica che a quelle categorie filosofie è soggetta, in quanto ne sono il fondamento stesso e, in più, non può, come appare evidente, entrare in contrasto con il diritto vigente nell'ordinamento nel quale vive.

---

<sup>8</sup> Scarpelli U., *Bioetica laica*, Milano, Baldini e Castoldi, 1998, p. 186.

Anche solo per tentare di abbozzare una risposta a tali quesiti così pressanti, è bene rinvenire qualche definizione più specifica di deontologia medica rispetto a quella icastica avanzata dal Lecandano; si legga *inter alios* quella proposta da Spinsanti<sup>9</sup> il quale, intanto, sottolinea come non sia, a suo giudizio, una pretesa autorità morale a stabilire i comportamenti deontologicamente leciti del professionista, ma, piuttosto, che questi ultimi siano stabiliti dai professionisti stessi, sulla base di meri ragionamenti su cosa favorisca la professione e cosa la danneggi.

Lo Spinsanti pone poi mente al rapporto tra morale e deontologia sottolineando che le due discipline si muovono su piani differenti: *“la preoccupazione della deontologia non è la qualità morale dell’azione, ma la sua correttezza, tenendo presente soprattutto il punto di vista del rapporto tra la professione e la società”* pertanto *“la deontologia non è un insieme di precetti elaborati per deduzione a partire dai principi di un’etica generale o da un determinato sistema morale e applicati poi ad una professione specifica... si tratta piuttosto di un insieme di regole tradizionali che indicano come comportarsi in quanto membri di un gruppo sociale determinato; e il senso di tali regole è di provvedere alla convenienza o utilità di tale corpo sociale, perché possa meglio conseguire il fine che si propone”*<sup>10</sup>.

Da questa visuale che porta la deontologia su basi più terrene e meno iperuranee, poiché la definisce essenzialmente come un richiamo agli scopi della professione per guidare il professionista, è maggiormente possibile affrontare di petto l’argomento circa l’utilità di tale materia in questo preciso momento storico.

Utilità che diventava sempre più marginale se stretta nei limiti assorbenti di cui alle riflessioni del Lecandano.

---

<sup>9</sup> Spinsanti S., *Etica bio-medica*, Cinisello Balsamo, ed. Paoline, 1988, p. 12.

<sup>10</sup> Spinsanti U., *op cit.*, p. 10.

Tale visuale è seguita anche dal D'Agostino<sup>11</sup>, laddove, espressamente, afferma che la deontologia investa non la coscienza del sanitario, quanto piuttosto la sua persona, avendo riguardo al suo ruolo sociale e relazionale.

Il D'Agostino si spinge anche più oltre identificando la reale *sedes materiae* della deontologia professionale medica nel rapporto dell'operatore sanitario con il paziente: a suo giudizio, largamente condivisibile, è l'asimmetria che tale rapporto postula a fare emergere l'assoluta necessità di un controllo estrinseco, garantito da regole espresse e cristallizzate, e accedibili pertanto in via preliminare dal paziente stesso<sup>12</sup>.

Gli è, a questo punto, interessante scervare le questioni attinenti i rapporti tra deontologia medica ed etica, e la prima e il diritto vigente. Per il secondo si rimanda *amplius* a quanto verrà qui avanzato nel terzo capitolo della presente sintetica trattazione, sul primo si chiede di attendere un momento perché appare proficuo fare una breve digressione sull'emersione del Codice Deontologico Medico, fatte salve le più approfondite disamine destinate al secondo capitolo.

Il Codice deontologico della professione medica apparve per la prima volta in Italia nel 1903 con il "Codice di Etica e Deontologia", stilato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici di Sassari; in quell'epoca, l'Ordine dei Medici non aveva ancora la veste giuridica di ente di diritto pubblico, qualifica che acquistò solo nel 1910 con la legge istitutiva degli Ordini Professionali (la L. num. 455 del 10 luglio 1910, che nasceva da un disegno di legge del governo Giolitti e seguiva sostanzialmente ciò che gli stessi statuti dell'associazioni professionali spontaneamente nate, stabilivano per se stesse)<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> D'Agostino F., *Bioetica*, Torino, Giappichelli, 1998.

<sup>12</sup> Su tal punto si legga anche Oppes M., *Deontologia medica*, cit pgg. 402 ss.

<sup>13</sup> Più approfonditamente si legga sul tema: Introna F., *Editoriale*, in *Rivista Italiana Medico Legale* XXVII, 2005.

Gli Ordini dei Medici avevano assunto tale nome sin dal 1880 pur mantenendo, come appena detto, la natura di associazioni volontarie e private; e sin dalla fine del diciannovesimo secolo al loro interno, ma anche e soprattutto attraverso le riflessioni di singoli professionisti, magari dalla esperienze lavorative più variegata (non eran pochi quelli ad essere in contatto con professionisti di altre nazioni europee), gli Ordini avevano elaborato dei pensieri circa il corretto svolgimento della professione Medica, soprattutto per arginare le continue critiche avanzate dal comune sentire contro i medici stessi.

Ma quello che accade con il Codice dell'Ordine di Sassari non ha precedenti per capacità di sistematizzazione (è il primo vero *corpus* autonormativo) e per la sostanziale circostanza che non si limiti a suggerire dei comportamenti ma ne imponga il rispetto.

Il codice di Sassari fu ispirato e in certo qual modo diretto dal Presidente dell'Ordine dei Medici di Sassari dell'epoca, il Prof Angelo Roth, chirurgo di grande fama clinica e didattica non solo nei confini sardi ma anche italiani ed europei (nella sua carriera aveva esercitato anche a Londra e a Parigi).

Il Codice sardo, infatti, prevedeva una serie ben precisa di sanzioni contro chi non si fosse attenuto alle sue prescrizioni, che andavano dall'ammonizione alla censura, alla sospensione per giungere alla definitiva espulsione.

Sanzioni che sono poi state ricalcate dalla legge istitutiva degli Ordini.

Il Codice di Sassari fu, in ordine di tempo poi seguito da quello di Torino del 1912 e poi da numerosi altri che in qualche modo e, ovviamente, tralasciando le evoluzioni concettuali e scientifiche della prassi medica, ne seguirono il solco sistematico ed ideologico.

Il Codice sardo era sostanzialmente tripartito; al di là di più ampie osservazioni che si riserveranno oltre per il Codice Deontologico adesso vigente, si può osservare che constasse di tre capitoli: uno sui doveri e i diritti dei sanitari verso il pubblico, uno sui doveri verso i colleghi e il terzo sui provvedimenti disciplinari di cui si diceva prima.

Il Codice pur così risalente già faceva riferimento a tematiche che sono a tutt'oggi di grandissima attualità, come ad esempio quella inerente al consenso informato.

Il Codice del 1903, infatti, all'art 4 affermava che il medico *“non intraprenderà alcun atto operativo senza aver prima ottenuto il consenso dell'ammalato o delle persone dalle quali esso dipende, se è minorenne o incapace ”*, prevedendo inoltre, il caso di interventi necessari e indilazionabili, e in assenza della possibilità del consenso, prescrivendo per tali drammatiche evenienze l'indicazione di condividere le modalità della scelta con un collega, ove fosse possibile senza recar pregiudizi al malato.

Altro punto importante era quello che, peraltro richiamandosi a quanto già previsto nel giuramento di Ippocrate, affermava la necessità di garantire a tutti i pazienti lo stesso trattamento, prescindendo dalle loro possibilità economiche (art 1, secondo capoverso).

Inoltre particolarmente interessante è rilevare che all'art 31, il Codice stabiliva la definizione di medico specialista, adesso non più prevista nella prescrizioni dei Codici, che sottintendeva non solo uno studio approfondito nella materia ma la specifica rinuncia ad esercitare in qualsiasi altra branca medica, onere ripagato dalla possibilità di richiedere onorari più elevati.

### **1.3.: Brevi accenni ai rapporti tra Codice Deontologico Medico ed etica e bioetica.**

Ciò posto e delineati, seppur in via di una prima e larghissima approssimazione, gli intenti del primo Codice, che era sostanzialmente per i motivi sopra citati, un Codice di autoregolamentazione, si può tornare ai rapporti tra Codice Deontologico ed etica.

A tal riguardo si seguano le argomentazioni sostenute dal Gracia<sup>14</sup> il quale, pur accettando che la morale professionale tragga origine da quella generale, non nega la possibilità che il professionista possa dover fare cose negate dalla morale corrente ai comuni mortali. Questo è coerente con la necessità di acquisire la morale professionale attraverso un impegno o un contratto e la circostanza che alle volte questa mantenga la distanza dalla morale corrente.

L'impegno che il professionista assume non è altro che l'accettazione delle regole della deontologia, come peraltro i medici han fatto dalla notte dei tempi, sottoscrivendo il giuramento di Ippocrate.

Però da ultimo, numerosi autori hanno avanzato la tesi che la deontologia sia profondamente cambiata e in un certo senso sia stata addirittura messa in discussione dall'avvento della bioetica che può in via sintetica definirsi quale quel campo della filosofia morale che si occupa specificamente delle questioni riguardanti la vita umana nella sua effettività biologica.

Nella ricerca bio-medica il campo di operatività dell'etica è piuttosto lampante: se lo scopo ultimo della medicina è quello di aiutare la salute individuale e collettiva, la ricerca bio-medica non deve sconvolgere l'equilibrio della natura ma piuttosto operare per rafforzarlo.

---

<sup>14</sup> Gracia D., *Fondamenti di Bioetica*, Cinisello Balsamo, San Paolo, 1993, p. 77 e ss.

Che la bioetica sia giunta a queste riflessioni non deve creare sgomento poiché è tutta la scienza, per certi versi, e se servita da certi operatori, a muoversi su tale crinale: si ricordi quanto detto da Fermi e Rabi che pure alla progettazione della bomba atomica avevano partecipato: *“essa- la bomba termonucleare- è necessariamente qualcosa di cattivo comunque la si consideri. Per questa ragione noi diciamo al Presidente degli Stati Uniti, all’opinione pubblica americana ed al mondo che per principi etici fondamentali consideriamo un errore dare, per noi scienziati, il via alla costruzione di una tale arma.”*.

Ma non solo in tale ovviamente delicatissimo ambito (data la portata mortifera degli ordigni di tipo nucleare), le riflessioni degli scienziati sono andate in tal senso si legga anche la riflessione del 1955 di Wolfgang Pauli (scienziato anche per tradizione familiare per così dire): *“la scienza dell’età moderna è stata finora animata dal superbo desiderio di dominare la natura... ma lo scienziato si è spaventato della sua somiglianza con Dio.”*

Tornando ai rapporti tra bioetica e deontologia medica, sottolinea, tra gli altri, Oppes che, se avvenisse una sovrapposizione delle due materie , ovviamente, facilmente si giungerebbe a considerare superflua quella dalle competenze meno estese: ed è di tutta evidenza che a soccombere sarebbe la deontologia medica.

Non mancano però autori che, pur riconoscendo alla bioetica e alla deontologia medica un comune terreno nell’esistenza di collegamenti come il condiviso interesse a riflettere sulle norme morali, tributano alle due discipline ambiti di operatività affatto omogenei, soprattutto avendo riguardo al ruolo svolto.

Infatti, mentre *“la bioetica guarda agli atteggiamenti interiori, ai vissuti, all’intenzionalità del soggetto agente, la deontologia si limita a registrare le*

*ripercussioni interpersonali dell'agire umano e a chiedere il rispetto delle regole di correttezza*": tanto affermano Di Pietro e Pennacchini in un loro studio sui rapporti tra bioetica e deontologia medica<sup>15</sup>.

Ma è proprio quella che in maniera banalizzante viene chiamata "la crisi dei valori", o che più propriamente potrebbe definirsi come progressivo *default* di una base di valori etici forti condivisa, a rendere sempre più importanti i codici deontologici delle professioni; a tal riguardo si legga il giurista Busnelli<sup>16</sup> il quale non ha difficoltà ad ammettere che *"mai come oggi, nella tormentata e contraddittoria epoca che stiamo vivendo, vi è stato tanto bisogno di Deontologia. Si potrebbe dire che la presente è la stagione dei codici deontologici. Il bisogno di deontologia e di codici deontologici, cresce di pari passo con il progressivo venir meno di un'etica unanimemente condivisa."*

Ed in realtà, a ben guardare, il movimento che porta alla riflessione delle categorie della bioetica adiuva e non compromette la validità dei codici deontologici; questo è quanto avanzato da alcuni autori tra i quali Barni<sup>17</sup> il quale crede che i codici di deontologia medica abbiano il significato di *"strumenti disciplinari tutt'altro che formali, ma intimamente permeati dalle valenze etiche e dalle suggestioni culturali, prodotte incessantemente tanto dal diritto quanto dalla bioetica"*.

---

<sup>15</sup> Di Pietro M.L., Pennacchini M., *La comparsa della bioetica nei Codici di Deontologia medica italiani*, Medicina e morale 2002 I, p. 29.

<sup>16</sup> Busnelli F.D., *Prefazione*, in Fineschi V. *Il Codice di Deontologia Medica*, Milano, Giuffrè, 1996.

<sup>17</sup> Barni M., *Diritti- doveri, Responsabilità del medico, dalla bioetica al diritto*, Milano, Giuffrè, 1999, p. 7.

#### **1.4.: I contenuti etico-deontologici della professione medica.**

Può essere, in questo punto, proficuo porre mente ai contenuti stessi della professione medica, soprattutto con riguardo alle grandi evoluzioni che quest'ultima ha attraversato nel corso degli ultimi cinquanta anni e che meglio saranno osservate nella disanima analitica del Codice Deontologico Medico del 2006.

In tanto può esser da guida l'elaborazione avanzata in dottrina da Buccelli<sup>18</sup>, il quale sottolinea come l'evoluzione di quest'ultimo secolo avvertita nella professione medica sia legata non solo e non esclusivamente ai suoi contenuti tecnico-scientifici ma soprattutto, e probabilmente anche in maniera non del tutto indipendente da questa prima notazione, ad una sostanziale evoluzione e rivolgimento del modello di rapporto sanitario-paziente.

Per certi versi è stata sicuramente la notevole avanzata, sotto il profilo tecnologico, della scienza medica e diagnostica ad allontanare il medico dal paziente: nonostante i progressi scientifici e tecnici abbiano numerosi e tangibili vantaggi sul piano della terapeutica e della diagnostica, è altrettanto vero che ciò abbia in parte causato un allontanamento quantomeno psicologico del medico dal paziente che è ormai quasi visto alla stregua di un “*complesso macchinario biochimico*”<sup>19</sup> e non tanto nelle sue invece imprescindibili vesti di essere umano, con carichi individuali ed esistenziali nei cui confronti il medico tanto più si dovrebbe attivare, stante lo stato di necessità che il paziente sicuramente soffre nel momento in cui teme per la propria salute.

---

<sup>18</sup> Buccelli C., *Riflessioni in tema di Contenuti Etico-Deontologici della professione medica*,

<sup>19</sup> Buccelli C., cit.

Numerosi autori guardano con preoccupazione alla crisi avvertibile e avvertita del rapporto medico-paziente.

Si legga *inter ceteros* Bernard Lown, il quale espressamente afferma che “*una tradizione di tremila anni che univa medico e paziente, in un rapporto fondato sulla fiducia, sta per essere trasformata in un nuovo tipo di relazione*”.

Il problema che adesso esplose in tutta la sua forza è comunque stato avvertito già negli ultimi decenni; si veda la ricostruzione, risalente agli ultimi anni ottanta, operata da Edward Shorter, il quale riassume la lunga e complessa storia del rapporto medico-paziente schematizzandola, sostanzialmente, in tre fasi:

1) quella che vedeva l’operare del “medico tradizionale” dal ‘700 sino alla prima metà dell’ 800; un medico che era sostanzialmente impotente innanzi alle patologie dei malati ma era un attento e quasi minuzioso osservatore dei disturbi fisici del degente e per ciò stesso era al paziente estremamente prossimo, quantomeno dal punto di vista della fisicità. Un medico che utilizzava strumenti rudimentali ed elaborava diagnosi generiche e fallaci, nonché impiegava terapie approssimative, quando non addirittura paradossali, e quindi molto spesso inefficaci.

2) Il secondo periodo si apre nella seconda metà del diciannovesimo secolo con l’apparire del “medico moderno” il quale gode di numerose acquisizioni scientifiche, dell’emersione delle primissime scoperte tecnologiche, e del notevole ampliamento delle possibilità terapeutiche, tanto che anche l’efficacia contro le patologie aumenta, sebbene sempre in un numero circoscritto di casi patologici.

3) E’ con il “medico post-moderno” che la situazione attua un completo rivolgimento: l’armamentario terapeutico subisce un enorme ampliamento, vedendo contemporaneamente aumentare quantitativamente e

qualitativamente le sue capacità incisive sulle patologie; le opportunità diagnostiche si potenziano a livelli esponenziali facendo fede su conoscenze tecnologiche così elevate da non esser prima neanche astrattamente immaginabili. Si giunge a conoscenze scientifiche tali da rivolgere in buona sostanza il rapporto di sudditanza tra uomo e natura, con le opportunità di ricreare stati di vita inconsueti in situazioni che senza tecnologia avrebbero portato indubabilmente alla morte del soggetto, di manipolare i geni, orientare morfo-funzionalmente le cellule staminali, e quant'altro.

Appare paradossale che proprio in questo momento che dovrebbe essere di grande "soddisfazione" per la scienza medica, un qualcosa di così fondamentale per la medicina stessa, ossia il rapporto con il paziente (pare qui inutile sottolineare come tutta la medicina sia volta al miglioramento delle condizioni di salute dell'essere umano e quindi di quest'ultimo in toto, dovrebbe curarsi prima che di ogni altra cosa) stia subendo un progressivo ed allarmante svuotamento.

Da ciò consegue, in via ancor più paradossale, una diminuzione, piuttosto che il conseguenzialmente logico aumento, della fiducia e del rispetto che il paziente tributa al medico; un rispetto che era stato sempre presente sin dai tempi ippocratici.

Questa che viene descritta in termini nient'affatto drammatici come "la crisi della medicina moderna" diventa subito più chiara se si pone mente, come già si è fatto lapidariamente appena più sopra, alla circostanza che la medicina non possa essere basata solo sul progresso ma debba necessariamente avere come proprio *plafond* il profondo rispetto da parte dei propri operatori delle regole dell'etica e della deontologia professionale.

Si segua il ragionamento del Buccelli, particolarmente lucido a tal proposito:

*“Di qui il primato di contenuti umanistici della professione medica su quelli strettamente scientifici, la necessità costante di considerare le valenze e le opzioni mediche applicate alla biologia e alla medicina, soprattutto nel delicato rapporto tra medico e paziente, in un attuale passaggio tra una stagione di paternalismo medico ad una consapevole valorizzazione del diritto di autodeterminazione del paziente alle proposte diagnostiche e terapeutiche formulategli dal medico”.*

Del resto, prosegue il Buccelli, ove ci si allontanasse dai principi umanistici della medicina, non si potrebbero tutelare i diritti del paziente che, all’opposto, il professionista ha l’obbligo di tutelare; diritti quali quelli alla salute, alla vita, alla libertà, alla dignità, alla qualità della vita.

Diritti che il professionista deve tutelare, peraltro, non solo in base alla sua sottoscrizione del Codice Deontologico ma anche in base alla sua normale e di grado zero, se così ci si potesse esprimere, appartenenza al consesso civile tutelato dalle norme legislative e sopra a tutte queste dalla nostra Carta Costituzionale, per non parlare delle più alte fonti di diritto ultra nazionale.

Al di là di queste considerazioni giova qui anticipare, come sarà meglio e più ampiamente investigato nel capitolo terzo della presente elaborazione, che il diritto italiano vigente, in parte con norme materiali in un’altra di matrice giurisprudenziale (anche con sentenze del giudice di legittimità) non meno significativa, sia arrivata ad elaborare per la professione medico-sanitaria (da intendersi in senso molto ampio e che verrà poi più approfonditamente analizzato) una serie di obblighi legali specifici che vanno dal contrattuale, si veda l’operatività automatica per la sola accettazione del paziente nella struttura privata, del cd “contratto di ospitalità”, all’emersione dei cd “obblighi di protezione” dell’operatore sanitario nei confronti del malato, per giungere infine all’elaborazione del cd “contatto medico”.

Ma proseguendo con Buccelli, una volta che si è affermato l'ineludibilità dell'etica e del rispetto del Codice Deontologico nell'esercizio della professione, l'autore passa ad indicare quali siano i comportamenti che il sanitario debba tenere per non delegittimare la sua stessa professionalità.

Tali comportamenti devono non contraddire:

- a) il rispetto della persona e della sua dignità, soprattutto nel riguardo della sua libera determinazione.
- b) l'obbligo del *neminem laedere*, ovviamente nei limiti della normale prevedibilità (quella che in termini giuridici si definirebbe diligenza qualificata) del risultato delle proprie scelte terapeutiche.
- c) l'ossequio in linea generale al criterio di giustizia in tutte le sue possibili declinazioni (moralità sul piano sociale, possibili conseguenze delle decisioni cliniche).
- d) il principio di integrità morale, di dignità e di indipendenza della professione sanitaria, con la costante rivendicazione dell'autonomia e della professionalità del medico.

Il medico nel rispetto di queste prescrizioni e di tutte le altre discendenti dal Codice e dagli obblighi legali cui si è fatto riferimento sopra, deve essenzialmente diventare un esperto che fornisca al malato notizie e dati di cui quest'ultimo non ha contezza per garantirgli la libertà di scegliere l'opzione terapeutica più conforme alle proprie aspettative; deve riuscire ad interpretare il reale volere del paziente senza forzarlo, scegliendo da tale visuale il migliore degli interventi agibili per conseguire il miglioramento clinico.

### **1.5.: Piano generale dello studio.**

Fatte tali considerazioni sui temi preliminari, sul piano logico, all'analisi del Codice Deontologico Medico in Italia e sulla sua evoluzione lunga oltre un secolo, dall'emersione del primo Codice, quello del 1903 di Sassari cui si è fatto cenno, all'ultimo attualmente operante del 2006, si può indicare sinteticamente il quadro sistematico che si imporrà a tale trattazione.

L'opera verrà divisa in cinque capitoli, escluso il presente meramente introduttivo.

Nel capitolo secondo si porrà mano alla disamina analitica del nuovissimo Codice Deontologico Medico e in una seconda parte si attuerà una riflessione circa l'evoluzione quali-quantitativa del Codice Deontologico nel corso del ventesimo e gli inizi del ventunesimo secolo.

Nel successivo, invece, si intraprenderà un raffronto tra le norme regolamentari della deontologia professionale medica e quelle giuridiche avanzate nell'ordinamento italiano.

Il quarto capitolo vedrà un confronto trasversale tra le prescrizioni previste dall'Ordine dei Medici italiani e quelle previste dagli Ordini di altre professioni, quali quella forense, quella degli Architetti, degli Infermieri e dei Giornalisti.

Il quinto infine proporrà una comparazione tra le norme del nuovissimo Codice Deontologico Medico e quelle su tale materia elaborate negli altri paesi della Unione Europea, con particolare riguardo a quelle del Codice Deontologico Medico Spagnolo e Francese.

Seguiranno le conclusioni sull'intera opera.

## **CAPITOLO II**

**Tappe evolutive del Codice Deontologico  
Medico e analisi comparativa quali-  
quantitativa tra le diverse edizioni dello stesso.**

## **2.1.: Breve storia dei Codice di Deontologia Medica: dal Codice di Sassari al nuovissimo Codice di Deontologia Medica.**

Come si è detto, la prima elaborazione caratterizzata da sistematicità, coerenza e analiticità, nonché dalla presenza di norme sanzionatorie, previste per la non corretta osservanza delle regole nel testo proposte da parte degli iscritti all'Ordine (in senso impropriamente detto, come più sopra ricordato) dei Medici Sardi, fu il Codice di Deontologia Medica di Sassari, stilato sotto la guida del Prof. Angelo Roth nel 1903.

A questo seguì nel 1912, e quindi in un momento successivo all'approvazione della legge istitutiva degli Ordini Professionali, il Codice Deontologico dell'Ordine dei Medici di Torino, nato sotto l'iniziativa di un gruppo di luminari piemontesi tra i quali Garosci, Oliaro, Boccasso, Maffei e Mattioli.

Ma è solo nel 1948 che la Federazione Nazionale Ordine dei Medici (FNOM) porta a conoscenza di tutti i medici , pubblicandolo più volte sulla rivista "Federazione Medica", il Codice di Torino, rendendolo quasi la base contenutistica e il modello di riferimento per l'oriundo Codice Deontologico Medico a livello nazionale, sulla necessità del quale si propose un referendum tra tutti gli iscritti agli Ordini a livello regionale.

Sarà però nel 1953 che la Federazione nominerà una commissione per la stesura del Codice Deontologico Medico Italiano, un codice che avrebbe

preso come base quello di Torino che era stato recentemente aggiornato e ampliato proprio nel 1948<sup>20</sup>.

La Commissione era composta da illustri professionisti e docenti universitari tra i quali il presidente Frugoni, Bonomo, Palmieri, Piccinni e Maranelli. Nel 1954 la FNOM chiede alla Società Romana di Medicina Legale di creare una propria commissione (che risulterà poi composta da professionisti della levatura di Gerin, Cappelli, Didonna, Grasso e Biondi) al fine di affiancare quella istitutiva del Codice e prendere in esame l'intero progetto della costituzione di un Codice a livello nazionale.

La Commissione Frugoni termina, alla fine del 1954, i lavori preparatori per la stesura del Codice e, più tardi, la FNOM, attraverso la rivista associativa porta a conoscenza di tutti gli iscritti, l'intero testo del Codice, ormai comunemente noto come "Codice Frugoni"

Tale Codice rimarrà in vigore sino alla fine degli anni settanta: è, infatti, nel 1978 che viene finalmente approvato il nuovo Codice di Deontologia Medica, un Codice del quale la FNOM aveva sentito l'esigenza sin dal 1972.

La guida deontologica dei medici italiani sarà da tale data aggiornata ancora e ancora, più precisamente nel 1989, anno che segna anche una svolta importantissima, ossia quella della trasformazione della Commissione, nata per l'aggiornamento di cui in parola, in un organo permanente, atto ad osservare i continui mutamenti della professione, del suo svolgersi e delle tecniche mediche, tali da imprimere la necessità di una modifica nel testo appena approvato, in modo da garantire una rapida possibilità di aggiornare, se del caso, il Codice.

---

<sup>20</sup> Per tali passaggi si legga amplius: Introna F., *Editoriale cit.*, pgg. 951 e ss.

Ed infatti a queste elaborazioni farà seguito anche un aggiornamento nel 1995.

Nell'ottobre del 1998 ne verrà approvata un'ulteriore versione, l'ultima precedente al cd "nuovissimo Codice Deontologico Medico" del 2006.

## **2.2.: Il Codice Deontologico Medico attualmente vigente.**

Se la deontologia medica ha oramai acquistato lo scopo di sostenere e guidare una buona pratica medica, come veniva già affermato nel documento di Pontignano del 1999, e perciò antecedente all'ultimo codice deontologico, il Codice Deontologico Medico, in Italia, non ha valore di legge ma è piuttosto un codice di autoregolamentazione professionale che l'iscritto all'Ordine deve rispettare, pena la sua stessa possibilità di esercitare la professione medica<sup>21</sup>.

Ciò non vale però assolutamente a ridurre le sue regole ad una semplice *petitio principii* che regoli il rapporto medico-paziente alla quale il medico possa liberamente adeguarsi, anzi il Codice rappresenta un regolamento interno al corpo medico che l'iscritto all'Albo è tenuto ad osservare strettamente, in caso contrario rischierebbe l'espulsione dall'Ordine stesso.

In buona sostanza si può dire che il Codice contenga norme comportamentali di ispirazione etica e sociale, capaci di realizzare un'ideale definizione professionale capace di soddisfare ogni esigenza etica e giuridica. Le norme come più volte detto sono autodefinitive dagli stessi organi di autogoverno dell'Ordine professionale e definiscono comportamenti speciali che il professionista è tenuto ad avere con dei relativi doveri che sono specifici della sua stessa professionalità.

I principi base che si sono da sempre rinvenuti nell'associazionismo medico italiano, ancor prima dell'elaborazione del Codice di Sassari e, in

---

<sup>21</sup> Quindi in questo senso si potrebbe giungere a dire che il Codice deontologico medico abbia valore di legge, anche se in senso mediato e non come fonte legislativa in senso proprio, poiché per l'ordinamento italiano per esercitare le professioni, ed in particolare per esercitare quella medica, è necessario essere membri dell'Ordine della professione stessa, pena la violazione di norme di diritto pubblico.

generale, prima del riconoscimento legale degli Ordini professionali da parte dell'ordinamento italiano, sono pochi e sostanzialmente permangono ancora:

- a) la correttezza deontologica tra colleghi.
- b) monopolio professionale.
- c) difesa dell'autonomia di gruppo.

Questi sono i principi che hanno informato i Codici Deontologici sin d'ora promulgati dagli Ordine dei Medici e dalla FNOM, principi base che guidano tutti i gruppi d'argomenti presenti nel CDM del 2006.

Gli argomenti più rilevanti trattati nel testo vigente possono essere sinteticamente elencati (e verranno nei prossimi paragrafi maggiormente e più sottilmente analizzati, soprattutto avendo riguardo ad approntare un raffronto tra le statuizioni dell'ultimo codice e quelli immediatamente precedenti datati 1978, 1989, 1995, 1998) in: affermazione della libertà, dell'indipendenza e della dignità della professione, rispetto della segretezza e della privacy del paziente, dovere per il sanitario di sottoporsi ad aggiornamenti e migliorare in generale la propria formazione scientifica costantemente, regole circa il recepire del consenso del paziente sulle terapie da attuare, assistenza del malato in caso di prognosi infausta, norme su temi eticamente caldissimi come l'accanimento terapeutico, l'eutanasia, il dispositivo per la donazione degli organi, gli interventi sul genoma.

Anche solo da questo rapidissimo colpo d'occhio appare di tutta evidenza come il Codice Deontologico Medico approvato dall'Ordine dei Medici Italiani nel 2006 faccia una panoramica ampissima su tutti i fronti caldi legati alla professione medica, temi che appaiono di estrema delicatezza anche dalla visuale sociale e legale.

Si ponga mente ai recenti e dolorosissimi casi di Piergiorgio Welby e di Eluana Englaro, quest'ultimo segnato da un succedersi di pronunce giurisprudenziali che ha da ultimo trovato la sua definizione in una sentenza del giudice di massimo grado del nostro ordinamento.

Da tutto questo emerge con tutta evidenza che il nuovissimo Codice presenti dei forti elementi di novità che possono essere sintetizzati nell'obbligo di prestare il giuramento, nella necessità per il medico e per l'Ordine stesso di proporre una cultura della salute, con giornate per la prevenzione delle più gravi patologie e la tutela della salubrità degli ambienti lavorativi, la previsione della possibilità di donare le cellule oltre che gli organi e i tessuti.

Detto questo si può osservare che il nuovo Codice Deontologico Medico consti di 75 articoli più una disposizione finale che sancisce l'obbligo per gli Ordine dei Medici su base locale di garantirne il rispetto da parte dei propri associati e di far accedere i professionisti a corsi di aggiornamento sulle materie deontologiche.

Il primo Titolo concerne il campo di applicazione del Codice stesso attraverso la sua definizione e la previsione di sanzioni per l'assenza del suo rispetto.

Il secondo, invece, tratta dei doveri generali del medico, avendo riguardo anche nel prevedere regole per i casi di urgenza, prevedendo, inoltre, l'esistenza di obblighi peculiari del medico, dettando norme per il trattamento dei dati sensibili, prescrizioni per i trattamenti terapeutici e il momento diagnostico, avanzando regole per l'utilizzo di trattamenti non convenzionali che devono essere esercitati sempre senza la preclusione per il paziente di quelli convenzionali (e altresì previsto per il medico l'obbligo assoluto di non collaborare con non medici nell'applicazione di pratiche terapeutiche non

convenzionali). All'articolo 17 poi esplicitamente si sancisce l'obbligo per il sanitario di non intraprendere atti che portino alla morte del paziente anche sotto richiesta di quest'ultimo.

Il titolo terzo invece a riguardo ai rapporti del professionista con il terzo paziente definito cittadino, con tutto il portato logico e giuridico che l'impiego di tale termine comporta. Sul fortissimo significato etico di tale sintagma e in generale sul preponderante valore che il titolo sui rapporti con il paziente ha sull'intero Codice Deontologico Medico, si rimanda a quanto più avanti verrà detto nel corso di questo stesso capitolo e nel corso di quello dedicato al confronto tra i diversi codici deontologici professionali, confronto dal quale apparirà chiaro come l'importanza data al terzo è nel codice deontologico medico di tutt'altro peso. Tale importanza è sicuramente giustificata e intuibile vista l'enorme delicatezza della materia sulla quale gli atti del medico vanno ad incidere (la salute e la vita stessa del soggetto).

Tornando all'analisi contenutistica del terzo titolo del nuovissimo CDM del 2006, questo comprende articoli circa le regole generali di comportamento che il professionista deve tenere tra i quali, ovviamente, il più assoluto rispetto della persona, l'assunzione di obblighi coerenti con le proprie competenze, la necessità di prestare le cure continuativamente e nel caso gli risultasse impossibile proporre un collega e informandone il cittadino, lasciare al libero accesso del cittadino e dei suoi rappresentanti legali la documentazione clinica (a tal proposito soccorre l'articolo 26 nel prescrivere regole chiare per la redazione della cartella clinica). Segue poi sempre all'interno dello stesso titolo la disanima dei diritti e dei doveri del cittadino, il quale intanto e prima di ogni cosa ha il diritto di scegliere il proprio medico e il luogo di cura liberamente; vi è poi la previsione del caso in cui il paziente perda la fiducia nel proprio medico: in tale caso il sanitario può rinunciare a proseguire le cure ma solo dopo che abbia provveduto a garantire la continuità

delle stesse affidando il paziente ad un collega anche da quest'ultimo scelto e aver al nuovo sanitario descritto l'intero quadro clinico.

Vi sono poi le prescrizioni circa i doveri di assistenza tipici del medico nei rispetti dei soggetti fragili (art. 32) che sono delineati come il minore, l'anziano e il disabile che, secondo la percezione del sanitario, non trovino nel proprio ambiente familiare, extrafamiliare nel quale abitualmente vivono, le opportune cure e il necessario sostegno anche psichico.

Ben quattro articoli (dal 35 al 38) si occupano della dazione di informazioni al paziente circa il suo stato di salute, le terapie da intraprendere, le scelte terapeutiche da compiere, fino ad una norma precisa su come acquisire il consenso alla pratica terapeutica. L'argomento è di fondamentale importanza e pertanto si rimanda a quanto più oltre e più approfonditamente sarà detto.

Si prosegue poi con la previsione comportamentale per la cd diagnosi infausta al paziente non curabile.

Sono poi avanzate norme per il prelievo di organi, tessuti e cellule; norme sulle problematiche attinenti alla sessualità che ne abbracciano tutte le tematiche secondarie: dal fornire informazioni sulla contraccezione, all'interruzione di gravidanza, alla fecondazione assistita, ai test predittivi all'intervento sul genoma (con esplicita affermazione che questi ultimi possano essere tesi solo alla prevenzione e alla correzione di elementi patologici).

Il capo ottavo del presente titolo si occupa analiticamente della sperimentazione scientifica.

Il nono invece si volge alla definizione dei rapporti tra trattamento medico e libertà professionale, involgendo a questioni molto delicate come l'esistenza

del trattamento sanitario obbligatorio, il divieto più totale per il medico di assistere a pene capitali o torture e di compiere atti di mutilazione o comunque limitativi dell'integrità fisica, plausibili solo nel caso in cui ve ne sia inevitabile necessità.

Gli ultimi due capi, infine, si occupano degli onorari professionali e della possibilità di pubblicizzare l'attività medica.

Il titolo quarto, invece, pone mente ai rapporti tra i colleghi. Questi devono, tanto va sostenuto in via preliminare, essere improntati alla collaborazione ed ispirarsi ai principi di reciproco rispetto, autonomia dell'altrui professionalità nonché di solidarietà. In particolare è analizzato il caso in cui il medico curante ritenga opportuno affiancarsi uno specialista per la migliore definizione del caso, particolarmente complesso o involgente competenze che esulino dalla propria.

L'art. 62 poi si dà ad un'ampia e circostanziata definizione di quelli che sono i compiti della medicina legale, riconoscendoli sostanzialmente in: correttezza morale e consapevolezza delle conseguenze etico-giuridiche e deontologiche che derivano dal suo operato. Da ciò discendono obblighi tipici per chi si appresti a fornire una consulenza medico legale, obblighi la cui evasione comporta immediatamente l'infrazione di specifiche norme del diritto positivo nonché le sanzioni disciplinari dell'Ordine di riferimento.

L'art. 63, invece, accenna rapidamente alla figura del medico fiscale, imponendogli sostanzialmente di far conoscere la propria qualifica all'esaminato e di non contrastare con quanto allo stesso detto dal suo medico curante.

Il capo successivo del titolo concerne i rapporti con l'Ordine che sono sostanzialmente improntati alla più grande collaborazione.

Il titolo quinto norma il rapporto con gli altri professioni, con il personale sanitario non medico, e l'esercizio abusivo della professione.

Il titolo sesto, infine, prevede norme per i rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale e gli altri enti pubblici, prescrizioni per la medicina sportiva, previsioni per la salute pubblica, con specifico riguardo, all'art 74, del comportamento da tenere in caso di trattamento sanitario obbligatorio (con specifica prescrizione della tutela dell'anonimato del degente) e all'art 75 vi è, da ultimo, la descrizione del comportamento del medico per la prevenzione e la cura delle dipendenze da sostanze da abuso.

### **2.3: evoluzione quali-quantitativa: *Consenso Informato e Sperimentazione Medica***

Partendo dal Codice del 1978, si legge all'art 9 : “ *il medico non deve intraprendere alcun atto medico che comporti un rischio per il paziente senza il consenso valido del malato o delle persone da cui questo è rappresentato se minorenne o incapace, salvo lo stato di necessità e sempre che il paziente non sia in grado di dare un valido consenso.* ” Come si può notare il consenso del malato deve essere prestato, ma non si specifica in che modo e dopo quali informazioni date da parte del medico. Nel codice del 1989 si fa un passo in più, specificando all'art. 40 che il consenso deve essere: “ *consapevole ed esplicito allorchè l'atto medico comporti rischio o permanente diminuzione dell'integrità fisica.* ”. in questo caso la commissione ha esplicitato il modus del consenso, ma lo ha relegato alla sola ipotesi di eventuale rischio per il paziente. È solo nel codice del 1995 che si intravede uno spiraglio di informazione generale, che il paziente ha il diritto di avere, non solo nel caso in cui la terapia possa produrre gravi danni, e più precisamente all'art. 31 si legge: “ *il medico non può intraprendere alcuna attività diagnostica senza il consenso del paziente validamente informato.* ”. in questo caso, anche se l'informazione al paziente rimane ancora legata al discernimento del medico, comunque se e quali informazioni dare, rimane il fatto che viene data un'accezione più ampia alla informazione, cosa che negli anni precedenti non veniva presa in considerazione. Ma è codice del 1998 che finalmente viene concessa più centralità alla figura del paziente, il quale deve essere soddisfatto in ogni sua richiesta di informazione, e soprattutto deve essere coinvolto dal medico al fine di poter aderire alle proposte diagnostiche terapeutiche. Ma la crescita della figura del paziente raggiunge il suo maximum solamente con il nuovissimo codice. Difatti paragonando l'art. 30 del 98 e l'art 33 del 2006, si può notare una impercettibile ma fondamentale differenza: mentre nel codice del 98 l'informazione era mezzo per poter far aderire il paziente alle scelte

terapeutiche del medico, nel nuovissimo codice si parla finalmente di *partecipazione* del malato nelle scelte decisionali del medico. Viene, pertanto, finalmente recepito e esplicito con forza che il paziente non è più il mero esecutore delle scelte operate e che influisce però sulla sua vita, ma diventa il perno centrale della attività del sanitario che lo deve informare fino al punto di fargli avere la consapevolezza di ciò che sarà la terapia. Analizzando in maniera organica le varie tappe del codice, si può affermare con fermezza, che la figura del consenso è notevolmente cambiata nel corso degli anni. Difatti mentre in un primo momento si parlava solo ed esclusivamente di valido consenso, in seguito, è stato specificato il modo per arrivare alla validità dello stesso (con la scrittura di un intero articolo per l'acquisizione del valido consenso, art. 35) attraverso l'informazione al paziente operata dal sanitario, informazione che deve rispondere a determinate prerogative quali l'idoneità, e nel caso di prognosi gravi o infauste, deve essere fornita con prudenza. Deve essere finalmente, il più trasparente possibile, proprio per fare sì che colui che deve essere oggetto di terapie non le debba passivamente subire, al fine di abbattere quel muro che si era creato tra il medico e l'uomo.

Strettamente correlata al consenso ed all'informazione del cittadino è la Sperimentazione.

Data l'importanza etico e scientifico dell'argomento, è obbligatorio che il medico, possa procedervi solo dopo aver esperito determinati iter burocratici che meglio si spiegheranno e che, hanno subito negli anni vari cambiamenti.

Nel codice del '78 si legge: *“la sperimentazione sull'uomo è subordinata al consenso dell'avente diritto . il consenso deve essere espresso liberamente e possibilmente per iscritto. (art. 43)”* tale frase subisce un microscopico cambiamento nel '89 aggiungendo, all'art 49, che il paziente deve essere informato

adeguatamente sugli obiettivi e sui benefici previsti dalla sperimentazione. È solo nel '95 che finalmente si entra nell'ottica di idee che il consenso alla sperimentazione debba avvenire obbligatoriamente per iscritto. Ma non solo. Per ciò che concerne i modi relativi alla sperimentazione, è solo nell'89 che questa risponde all'obbligo di essere adeguata a determinati protocolli che sono garantiti da commissioni etico-scientifiche.

È il primo passo verso una sempre più accurata e specifica attività volta al controllo ed al progresso della sperimentazione, che troverà la sua esplosione nella creazione dei Comitati Etici di cui si fa parola nel codice dell'95. Difatti nella stesura del nuovissimo codice ben si può notare come alla sperimentazione siano dedicati ben 4 articoli (47-50), in cui viene esplicitata non solo l'importanza della stessa ai fini del progresso della medicina, ma anche il modus operandi. La sperimentazione scientifica è subordinata obbligatoriamente, come è stato detto, al consenso scritto del paziente, che naturalmente dovrà essere informato di tutti gli aspetti- ed è questa un'ulteriore innovazione rispetto al passato-, soprattutto sul diritto di poter ritirarsi in qualsiasi momento. Particolare rilievo assume la figura del comitato etico, figli delle commissioni etico-scientifiche che dovranno operare il controllo sui protocolli e nel caso prestare il proprio assenso, senza il quale la sperimentazione non sarà possibile.

## **CAPITOLO III**

**Raffronto tra le norme deontologiche e  
quelle giuridiche: aspetti di sovrapposizione e  
discrepanza.**

### **3.1.: La professione medica: rapporti con la responsabilità civile e penale e diversi profili giuridici.**

Il Codice di Deontologia Medico è un *corpus* di regole di autodisciplina professionale che vincola il professionista iscritto all'Ordine dei Medici ad adeguare la sua condotta a tali dettati.

“*Profiteor*”, il termine latino dal quale deriva la parola professionista, è colui che “mette davanti a tutti ciò che è, che ha, ciò che crede, che sa, nella teoria e nella pratica”, di qui deriva l’impegno del codice a regolamentare i vari aspetti della professione medica che vanno dai doveri generali a quelli nei confronti dell’assistito e dei colleghi, passando per gli obblighi che l’operatore ha nei confronti del SSN ed altri enti pubblici o privati .

La professione medica, in quanto programma di vita redatto secondo la propria coscienza morale ed il proprio stile di vita e di pratica, esige competenza, responsabilità, promozione del bene comune, aggiornamento, rispetto proprio ed altrui, in una dimensione olistica nei confronti del paziente.

Il Codice deontologico non rappresenta una fonte primaria di diritto, ma ha carattere extra-giuridico, sicché l’inosservanza di tali doveri non dà luogo necessariamente a condotte colpose di rilevanza penale o civile, ma solo disciplinare.

Difatti l'Ordine è l'organismo che in prima istanza disciplina l'agire medico, avendo il compito di procedere alla ricerca di sommarie informazioni.

In seconda istanza interviene la Commissione Centrale<sup>22</sup> per gli esercenti le professioni sanitarie, costituita presso il Ministero della Salute, con il compito di contestare gli eventuali addebiti.

Taluni principi deontologici attengono non solo a tale profilo ma costituiscono regole specifiche o generali dell'agire, l'inosservanza delle quali integra, prima ancora che un illecito disciplinare, un illecito di rilevanza penale e civile, perché tali disposizioni tutelano interessi che vanno ben oltre la correttezza ed il decoro dell'esercizio dell'attività professionale, compenetrandosi nella sfera dei beni fondamentali della persona.

Seppur brevemente, vale la pena fare un accenno alla responsabilità del medico sia da un punto di vista penale che/o da un punto di vista civile.

Per ciò che concerne la responsabilità penale bisogna distinguere l'elemento oggettivo da quello soggettivo.

L'elemento oggettivo si individua in una condotta posta in essere dal soggetto, che può essere una condotta passiva (non fare) o una condotta attiva (fare).

L'elemento soggettivo, invece, è l'elemento psicologico ed è caratterizzato dal dolo o dalla colpa.

Si ha dolo se l'azione o omissione ed il relativo evento sono coscienti e volontari; si ha la colpa, quando l'evento anche se previsto dal reo, non è tuttavia voluto e si è verificato per negligenza, imprudenza, imperizia, in relazione alle dovute conoscenze professionali, ma anche per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

Affrontando la tematica della colpa nello specifico, se ne possono evidenziare due tipi: la colpa specifica – inosservanza di specifiche

---

<sup>22</sup> Artt 17-19 del D L 13 settembre 1946 n. 223; art. 53, 77 DPR n. 221 del 1951; Legge 5 gennaio 1955; Legge 21 ottobre 1957 n. 1027.

disposizioni, quali leggi ,regolamenti, ordini o discipline-, e la colpa generica che attiene all'inosservanza delle tre predette comuni regole di condotta: negligenza, imprudenza ed imprevidenza.

Precisamente questo è quanto affermato dall'art. 43 c.p.

L'elemento differenziale rispetto al dolo è dato dalla mancanza di volontà, unico elemento specifico di questo elemento soggettivo; non assume rilevanza discriminatrice, invece, il momento conoscitivo, che può essere presente anche nella colpa e che piuttosto rileva ai fini della distinzione tra la colpa cosciente e quella incosciente.

Analizzando la responsabilità civile, il cui presupposto è l'esistenza di un danno tangibile e risarcibile, ci si trova dinnanzi ad diverso tipo di approccio. Difatti, il giudizio di responsabilità civile ha lo scopo di trasferire il costo di un danno, da un soggetto che lo ha ingiustamente subito al soggetto che ne viene dichiarato responsabile.

Tale giudizio viene effettuato a seguito dell'accertamento di un collegamento causale tra una data condotta umana e l'evento dannoso e di solito alla presenza di determinati requisiti soggettivi che devono qualificare la condotta umana, causa del danno.

La responsabilità civile è tradizionalmente distinta in responsabilità contrattuale ed extracontrattuale, o aquiliana, dal nome della omonima legge nel diritto romano classico.

Il dato comune alla responsabilità civile è dunque la preminente funzione ripristinatoria o risarcitoria o, se si preferisce compensativa, in contrapposizione con la funzione sanzionatoria che caratterizza la responsabilità penale; in questa, può anche mancare l'evento dannoso essendo talora sufficiente anche un evento di solo pericolo (art. 56 c.p.).

Questo, però, non significa che la responsabilità civile non possa avere carattere sanzionatori, né, viceversa, che la responsabilità penale non possa

avere natura compensativa, poiché tali momenti, rispettivamente per le due fattispecie, assumono un ruolo eventuale e comunque accessorio.

### **3.2.: Concomitanze e convergenze di tutele giuridiche, nonché sovrapposizione di controlli per gli illeciti che attengono ad interessi di differente rilevanza.**

Del resto, visto quanto affermato, resta evidente che il Codice Deontologico non possa essere avulso da influenze legislative, in quanto il soggetto medico è attore *tout court* del consorzio civile.

Da ciò discende che sarebbe improponibile che l'Ordine dei Medici si dotasse di uno strumento disciplinare in antitesi con le leggi dello stato.

Tale orientamento è stato recepito dalla Suprema Corte in tema di responsabilità medica la quale ha affermato che *“ai rapporti aventi per oggetto una prestazione di opera intellettuale, si applicano, ai sensi dell'art. 2230 c.c. le norme del codice e quelli delle leggi speciali ed, inoltre, i precetti della cosiddetta deontologia professionale la cui elaborazione, enunciazione ed applicazione sono rimesse alle singole categorie professionali che vi provvedono attraverso i loro organi locali e centrali con autonoma valutazione, senza possibilità di sindacato di legittimità, trattandosi di precetti extragiuridici e non di attività normativa”* (Cass. Sez. Un. 375/65).

Inoltre, per pacifica giurisprudenza, gli Ordini professionali deputati dalla legge a valutare sotto il profilo disciplinare il comportamento degli iscritti, hanno il potere nell'esercizio delle proprie attribuzioni di

autoregolamentazione, di emanare norme di deontologia vincolanti per i singoli professionisti (Cass. Sez. Un. 8225/02)

Trovano riscontro nel Codice i seguenti elementi oggetto di tutela del nostro ordinamento: obbligo della informazione medica (art. 33), dovere di acquisire prima di qualsiasi accertamento o trattamento sanitario il consenso dell'avente diritto, in condizioni di capacità e consapevolezza di cui all'art. 35; il dovere di rispettare i diritti fondamentali della persona di cui all'art. 20, tra cui quello della libertà di autodeterminarsi liberamente in ordine a qualsiasi atto medico come prescrive l'art 38; il dovere di praticare trattamenti che incidono sulla integrità psicofisica al solo fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze di cui all'art 48; il dovere di tutelare la vita, la salute fisica e psichica dell'uomo; il dovere di rispettare la dignità della persona umana di cui al fondamentale art. 3; l'obbligo del segreto professionale di cui all'art. 10; il dovere di tutelare la riservatezza dei dati personali del paziente di cui agli artt 11 e 12; l'obbligo di intervenire in qualsiasi situazione si renda necessaria la sua attività di cui agli artt. 8 e 9; l'obbligo di garantire impegno e competenza professionale di cui all'art. 21; l'obbligo dell'aggiornamento professionale di cui all'art 19 del Codice di Deontologia Medica.

Un rimando intuitivo, a quanto testé espresso è la disciplina del consenso informato (art. 30 CDM).

Il sintagma “consenso informato” nasce dal combinato dell'art. 32 e 13 della Costituzione italiana<sup>23</sup>, trovando esplicitazione nell'art. 5 cc<sup>24</sup>.

Inoltre, l'esigenza del ricorso al consenso si ricava dalla disposizione di legge ordinaria contenuta nell'art. 33 della L. 23.12.1978, n. 833, la quale

---

<sup>23</sup> **Art. 13 Cost.:** “la libertà personale è inviolabile” e “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”; **art. 32 Cost.:** “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*”.

<sup>24</sup>Art. 5 cc: “Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati qualora causino una diminuzione permanente dell'integrità fisica o siano contrari alla legge o al buon costume”.

esclude la possibilità di accertamenti e di trattamenti sanitari contro la volontà del paziente, se questi non è in grado di prestarlo e non ricorrono i presupposti dello stato di necessità, ossia della condizione di colui che abbia agito in quanto costretto dalla necessità di salvare taluno dal pericolo attuale di un danno grave alla persona (principio generale sancito dagli artt. 54 C.P. e 2045 C.C.).

Prerequisito per l'acquisizione di un valido consenso è l'erogazione di un'informazione "adeguata"<sup>25</sup>, che scaturisca da un "colloquio"<sup>26</sup> esaustivo "sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate" (art. 33 CDM).

Sul tema delle informazioni da erogare il Codice rientra a pieno nel solco tracciato dalla recente normativa sia in materia di prassi assistenziale<sup>27</sup> che di sperimentazione clinica<sup>28</sup>.

Inoltre, "il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche (art. 33 CDM)".

E' d'uopo, quindi, distinguere la mera funzione dell'informare da quella del comunicare:

- la prima esaurisce il proprio compito nel momento in cui il messaggio è veicolato verso i potenziali destinatari (teoria meccanicistica);

---

<sup>25</sup> Legge 145/01, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d' Europa per la protezione dei diritti dell' uomo e della dignita' dell' essere umano riguardo all' applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell' uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, nonche' del Protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n. 168 sul divieto di clonazione di esseri umani.

<sup>26</sup> D.Lgs. 211/03, "Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico". pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 184 del 9 agosto 2003 - Supplemento Ordinario n. 130.

<sup>27</sup> La L. 145/01 individua i seguenti elementi di informazione da fornire al paziente per la promozione del consenso all'intervento: scopo, natura; conseguenze e rischi.

<sup>28</sup> Il D. Lgs. 211/03 individua i seguenti elementi dell'informazione da fornire alla persona che partecipa ad una sperimentazione clinica: natura, significato, conseguenze e rischi.

- la seconda, invece, si preoccupa di verificare se l'informazione è giunta a destinazione (teoria del feedback).

Il medico diligente è colui che si sincera che il proprio paziente abbia a pieno recepito le informazioni che intende trasmettergli.

Del resto sia i dettati legislativi che l'orientamento etico-deontologico hanno ormai da tempo abbandonato la visione dell'informazione quale acritico elenco di eventi e reazioni avverse, per privilegiare la comunicazione, come momento di *“scambio interattivo osservabile tra due o più partecipanti, dotato di intenzionalità reciproca e di un certo livello di consapevolezza, in grado di far condividere un determinato significato sulla base di sistemi simbolici e convenzionali di significazione e di segnalazione”*<sup>29</sup>.

Il concetto di comunicazione è, quindi, strettamente legato a quello di condivisione e di vicinanza ed è, quindi, riconducibile alla relazione interpersonale diretta ed immediata<sup>30</sup>.

Il paziente riempie di contenuto emotivo ciò che gli viene detto, sicchè il medico non può limitarsi alla semplice informazione ma deve comprendere gli orizzonti esistenziali del suo interlocutore.

In questo il Codice Deontologico è molto chiaro: “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”.

Il Codice assiste il professionista in questo momento di deriva verso l'“accanimento informativo”<sup>31</sup> proprio della Medicina giurisprudenziale<sup>32</sup>.

---

<sup>29</sup> Anolli, L. (2002). *Psicologia della comunicazione*. Bologna: Il Mulino.

<sup>30</sup> Bruno Angela - Cannizzo Carlotta, *La comunicazione d'impresa: il complesso rapporto tra etica e pubblicità e tra comunicazione riservata e manipolazione*, 2006 disponibile su [www.diritto.it/](http://www.diritto.it/)

<sup>31</sup> Barni

<sup>32</sup> Fiori

Esercitare la professione medica non significa essere solo un bravo tecnico, bensì è saper guardare l'ammalato e vederlo come persona bisognosa di aiuto.

Un altro chiaro monito alla necessità di munirsi di un preventivo consenso dell'assistito è contenuto nell'art. 50 del c.p. "Consenso dell'avente diritto"<sup>33</sup>, poiché non sempre chi acconsente ad un trattamento si identifica con la persona alla quale verrà praticato quell'atto medico, né è un esempio la potestà genitoriale o l'istituto della interdizione.

In effetti, il consenso alle cure<sup>34</sup> è cosa ben diversa dal consenso dell'avente diritto<sup>35</sup>, fondandosi su fonti normative diverse.

Quindi, il medico che cura un paziente non viola la sua libertà, sia pure con il suo consenso, ma la porta sul piano pragmatico oggettivandola.

Il Codice stesso fa esplicito riferimento al ricorso al rappresentante legale (art. 37), ma nell'ottica della salvaguardia della vita, prevede l'intervento diretto del medico "*in caso di pericolo ed il ricorso all'autorità giudiziaria in caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile*".

Del resto l'unica condizione di esonero dall'obbligo del consenso è quella contemplata nell'art. 54 c.p.<sup>36</sup>, poiché il disattendere le statuizioni del succitato art. 50 c.p. farebbero incorrere il sanitario . nelle fattispecie dell' **art. 582** c.p. o dell' **art. 590** (reato di lesioni personali) (lesioni personali colpose), ovvero in quella di cui all'art. 610 c.p. (violenza privata).

Su queste ultime affermazioni è necessario effettuare delle riflessioni a parte.

---

<sup>33</sup> Art. 50 c.p.: "non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, con il consenso della persona che può validamente disporne".

<sup>34</sup> Il diritto alla cura trova la sua giustificazione nell'art. 13 della Costituzione che sancisce il diritto inviolabile della libertà personale. Tale diritto non è un consenso alla lesione del bene protetto (il corpo umano), ma l'estrinsecazione dello stesso diritto di libertà. Ciò perché il paziente, consentendo, non permette che sia violata la sua libertà, ma esercita un diritto di libertà

<sup>35</sup> Il consenso dell'avente diritto è statuito dall'art. 50 c.p.

<sup>36</sup> Art. 54 c.p.: "non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo"

Benché le norme siano chiare si è avuta una lenta evoluzione giurisprudenziale in merito che ha “riabilitato” l’agire medico, almeno in ambito penale.

La Cassazione è pervenuta all’affermazione che prevale il non “agire del chirurgo sulla persona del paziente contro la volontà di costui<sup>37</sup>”.

In altri termini è l’agire contro il diniego manifesto del paziente l’azione da condannare e non l’atto medico in sé.

In ciò trova piena corrispondenza il dettato deontologico, laddove all’art. 35, il Codice afferma che il medico “deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona”.

In sede civile<sup>38</sup> anche in presenza di un atto terapeutico ineccepibile, si parla di condotta omissiva di adempimento dell’obbligo di informazione se il paziente non viene adeguatamente informato sulle prevedibili conseguenze del trattamento a cui sarà sottoposto.

Si deve fare eccezione per i cosiddetti trattamenti sanitari obbligatori imposti da leggi o d’autorità, ma sempre con il dovuto rispetto nei confronti della dignità della persona.

Altro argomento degno di nota per le intime connessioni con la responsabilità professionale, nonché l’etica medica, è l’obbligo del sanitario di aggiornarsi, adeguando la sua formazione personale alle continue conoscenze del progresso clinici e scientifico. Cita infatti l’art. 19 del CDM: “Il medico ha l’obbligo di mantenersi aggiornato in materia tecnico-scientifica, etico-deontologica e gestionale-organizzativa, onde garantire lo sviluppo continuo delle sue conoscenze e competenze in ragione dell’evoluzione dei progressi della scienza, e di confrontare la sua pratica

---

<sup>37</sup> Cass. Pen. Sez. IV n. 731, 27 marzo-19 ottobre 2001, Cicarelli.

<sup>38</sup> Corte di Cassazione, III Sez. Civ., n. 5444, 1 dicembre 2005 – 14 marzo 2006, cf. anche Cass. Sez. III Civ. 25 novembre 1994 n. 10014, Cass. Sez. III Civ. 1 dicembre 1998 n. 12195, Cass. Sez. III Civ. 10 settembre 1999 n. 9617, Cass. Civ. 23 maggio 2001 n. 7027.

professionale con i mutamenti dell'organizzazione sanitaria e della domanda di salute dei cittadini” .

Lo stesso Codice ribadisce all'art. 13 che le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità; imponendo peraltro al medico di evitare 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 (art. 13 CDM).

Tale dovere è altresì giuridico e deriva dall'obbligazione di adempiere la sua prestazione con la diligenza richiesta “ dalla natura dell'attività esercitata” (art. 1176 II comma c.c.).

Del resto, l'introduzione di un farmaco o di una nuova terapia nella farmacopea italiana è disciplinata da ferree leggi che garantiscono, in primis, la tutela del soggetto, ed in ultima analisi la salute dei cittadini.

Sicché, pur essendo riconosciuta al medico l'autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico (art. 13 CDM), egli non deve comunque sottrarre il cittadino a trattamenti specifici e scientificamente consolidati (art. 15 CDM).

Il D.M. della Salute 8.05.2003 statuisce per il medico la libertà di procedere ad un trattamento farmacologico non ancora reso valido nel nostro paese purché il Sanitario corrobora la sua decisione con accreditata bibliografia scientifica in merito, laddove non vi siano spiragli di risoluzione con terapie già sperimentate e validate.

### **3.3.: L'obbligo di aggiornamento ed altre prescrizioni normative per il comportamento del medico.**

Ma oltre a quanto in precedenza appena detto va sottolineato con forza e chiarezza che rinunciare all'aggiornamento scientifico significa offrire una prestazione non adeguata sia per imprudenza che per negligenza, nonché un valido addebito deontologico per la superficiale considerazione della funzione sociale attribuita alla professione medica come coadiutore della salvaguardia della salute della collettività.

La libertà terapeutica e del luogo di cura riconosciute al medico devono collimare con la “*fiduciarità*” (art. 28 CDM), che è l'elemento cardine del rapporto medico-paziente.

Qualora essa venga meno lo stesso sanitario può rinunciare a prestare la sua opera e ad indirizzare verso altri colleghi, purché tale decisione venga resa nota in tempi utili.

In altri termini, il sanitario non può pedissequamente assecondare le richieste del suo paziente accettando di sottoporlo ad interventi/terapie che non ritiene opportune.

Ne è un esempio classico la richiesta di taglio cesareo da parte delle donne, che ha portato, in epoca di medicina difensiva, a tassi di tale intervento superiori al 50%<sup>39</sup> dei parti senza alcun fondamento scientifico.

D'altro canto la discrezionalità del medico è circoscritta dal perimetro del consenso del paziente.

Inoltre la materia della sperimentazione clinica è ben puntualizzata e rigorosamente organizzata in diversi enunciati normativi.

Inoltre, sulla discrezionalità dell'agire medico si iscrive la responsabilità civile, penale e deontologica per eventuali errori inescusabili commessi.

---

<sup>39</sup> Niola et alios in Atti del Convegno...

La responsabilità professionale ha foraggiato numerosissimi interventi sia nell'ambito della dottrina sia in quello della giurisprudenza, aventi, in particolare, come oggetto il grado di 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.

Merita una considerazione a parte anche il capo secondo ("Prestazioni d'urgenza"), che con i suoi due articoli (8 e 9) applica in modo particolarmente rigoroso l'art. 593c.p., infatti mentre quest'ultimo prevede l'obbligo, rivolto alla generalità delle persone, di attivarsi per prestare assistenza o dare avviso immediato alle autorità, il Codice prevede che il medico, avvertito della necessità della sua opera, non possa rifiutarsi di intervenire, anzi, in caso di "calamità o di epidemia, deve mettersi a disposizione dell'Autorità competente".

A titolo informativo, occorre poi ricordare la L. 135/1990, che ha introdotto il dovere di prestare la necessaria assistenza nei confronti dei soggetti affetti da sindrome di immunodeficienza acquisita.

Significativa è anche l'accezione ristretta che fornisce il Codice in tema di segreto professionale (art. 10). Del resto la riservatezza è tradizionalmente uno dei doveri fondamentali del medico e regola essenziale della deontologia.

La violazione del segreto, nella sua accezione penalistica (artt. 326 e 622), comporta un sanzionamento solo quando dalla rivelazione ne possa derivare nocumento, mentre il Codice prevede la sanzionabilità del comportamento dell'operatore anche quando dalla rivelazione non derivi danno ad alcuno<sup>40</sup>.

Tale inasprimento non deve stupirci se partiamo dall'assunto che la fiducia dei pazienti nei confronti del medico è, come abbiamo detto, il pilastro sul quale basare l'assistenza sanitaria.

---

<sup>40</sup> Costituiscono deroghe a tale obbligo la denuncia del reato di cui il medico sia a conoscenza per motivo della sua funzione ed il referto, che devono essere portati a conoscenza dell'Autorità Giudiziaria, dal momento che prevale l'esigenza di giustizia sulle pur importanti motivazioni di riservatezza.

Il suddetto articolo affronta una delle questioni più problematiche del rapporto tra deontologia medica ed ordinamento giudiziario: il divieto per il medico di testimoniare al giudice su fatti di cui egli sia venuto a conoscenza per ragioni connesse all'esercizio della professione.

Di converso, la giurisprudenza riconosce la possibilità per il giudice di chiedere al medico di testimoniare, qualora ritenga che i fatti di cui quest'ultimo è a conoscenza non siano legati allo svolgimento dell'attività professionale in ragione del suo stato.

Da quanto detto appare pleonastico affermare che dovrebbe sussistere una differenza tra condotta deontologicamente corretta e quella giuridicamente lecita; tuttavia, da un punto di vista pragmatico ciò non è sempre vero principalmente per due motivi: le leggi sono espressione del periodo storico di quel paese e la deontologia segue anche essa gli orientamenti emotivi del tempo non confacendosi sempre ad un agire moralmente giusto.

Talvolta è proprio la deontologia a porsi come ponte tra l'etica ed il diritto, specialmente in quelle situazioni dove la coscienza del medico viene messa a dura prova dall'incalzare della scienza.

E' proprio in questo terreno minato che nascono i contrasti tra la norma giuridica e quella deontologica; ne sono un esempio l' accanimento terapeutico e delle direttive anticipate.

Secondo l'art. 16 del Codice *“il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita”*.

Posizione ribadita al successivo art. 35, *“il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della*

*dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico”.*

Nel nostro ordinamento non esiste una legge che disciplini l'accanimento terapeutico, ossia quell'insieme di tentativi di rianimazione o di intervento medico o farmacologico finalizzati a garantire la sussistenza biologica di un individuo, ma che sono inutili dal punto di vista terapeutico perché non ne consentono il recupero della salute e servono soltanto ad allontanare il processo di morte già iniziato<sup>41</sup>.

Il timore di sequele medico-legali pone il personale curante nella condizione di eseguire interventi anche non doverosi e sproporzionati pur di dimostrare ai familiari del morente che “tutto è stato fatto”.

Il prezzo da pagare è il protrarsi di uno stato di decadimento del malato terminale che diviene un rudere umano ostaggio della tecnocrazia in simbiosi con la medicina difensiva.

La norma deontologica in ciò è più lungimirante del nostro ordinamento avendo chiaramente vietato il ricorso all'accanimento terapeutico.

Altro aspetto intimamente legato al precedente è il dilemma delle direttive anticipate.

Il Codice prescrive che il medico abbia in conto le “precedenti volontà del paziente” mentre non esiste una legge che disciplini il valore delle direttive anticipate di volontà.

In effetti un accenno a tale materia è presente nel *corpus* legislativo italiano in due riferimenti legislativi disattesi: il primo esempio è costituito dall' art. 4 L. 91/99 “*Dichiarazione di volontà in ordine alla donazione*”; il secondo riferimento è presente nell'art 9<sup>42</sup> della Convenzione di biomedicina, firmata

---

<sup>41</sup> Jean Robert Debray. *Le Malade et son médecin*, [déontologie médicale](#) (1965). Réédition : Flammarion, Paris, 1992.

<sup>42</sup> Art. 9 afferma che «saranno presi in considerazione i desideri espressi in precedenza in merito a un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà».

dal Consiglio d'Europa a Oviedo il 20 settembre 1996, e recepita dall'Italia con la Legge 145/01.

E' degno di nota anche un altro esempio di discrepanza tra la norma deontologica e quella giuridica, ma con un accento di biasimo nei confronti della prima.

Nella versione del Codice del 1998, l'art. 43 (interventi sul genoma e sull'embrione umano) vietava le "manipolazioni genetiche sull'embrione" non avessero "finalità di prevenzione e correzione di condizioni patologiche"., mentre l'attuale corrispondente articolo 45 si limita a condannare solo le pratiche sul genoma.

La Legge 40/04, all'art 13, invece, permette la ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano a condizione che perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione.

Una retromarcia decisamente ingiustificabile se si considera che **Consiglio d'Europa** ha emanato la Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la biomedicina in cui si esprime il divieto di costituire embrioni umani ai fini di ricerca (art. 18) ed anche a livello internazionali organismi come l'UNESCO<sup>43</sup> hanno pubblicamente affermato che devono essere vietate le pratiche che "sono contrarie alla dignità umana, quali clonazione di esseri umani a fini di riproduzione" (art.11).

A conclusione di questa breve panoramica, vale la pena fare alcune fare alcune riflessioni sull'interconnessione tra deontologia e diritto.

Secondo alcuni Autori<sup>44</sup> troppo spesso le sentenze e la stessa attività legislativa *risentono* dell'influenza delle norme del Codice su questioni proprie della professione medica, determinando una situazione problematica, proprio per l'intrinseca natura privatistica del Codice stesso.

---

<sup>43</sup> Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti dell'uomo, Conferenza generale dell'UNESCO, 11 Novembre 1997.

<sup>44</sup> A.Patroni Griffi, *Diritti della persona e dimensione normativa nel codice di deontologia medica*, in L.Chieffi, a cura di, *Bioetica e diritti dell'uomo*, Paravia, Torino, 2000, p.255.

Secondo Lecaldano<sup>45</sup> è illegittimo il ricorso al Codice in tema di questioni e diritti morali su cui la legge civile dovrebbe garantire il massimo pluralismo.

Affermazioni condivisibili nel loro costrutto generico, ma che trovano poco riscontro nella realtà di tutti i giorni specialmente su temi delicati (come eutanasia, accanimento terapeutico), dove manca un accordo politico, ma necessitano risposte certe e, spesso, in tempi brevi; in tali situazioni il codice deontologico ha un valore che supera il mero “insieme di doveri che competono al medico nell’esercizio della sua professione”<sup>46</sup>.

---

<sup>45</sup> E.Lecaldano, *Dizionario di bioetica*, Laterza, Roma-Bari, 2002, p.79.

<sup>46</sup> E.Lecaldano, *Dizionario di bioetica*, Laterza, Roma-Bari, 2002, p.78

### **3.4.: Nuove elaborazioni della dottrina giuridica e della giurisprudenza di legittimità circa il regime di responsabilità del sanitario e della struttura medica.**

Ma oltre alle norme che si sono citate e analizzate e che prevedono i profili di responsabilità civile e penale del medico per i suoi atti e per le conseguenze degli stessi, può essere a questo punto proficuo porre mente alle ultime elaborazioni della dottrina e della giurisprudenza di legittimità in tema di responsabilità medica, elaborazioni che hanno interessato non solo il medico in quanto tale ma anche le strutture private di cura, diagnostica e degenza.

Parlando delle cliniche private, tali elaborazioni sono giunte ad affermare una responsabilità che possiamo definire *latu sensu* contrattuale e che trova il proprio fondamento in quell'elaborazione dottrina più volte confermata dalla giurisprudenza, anche della Suprema Corte, che va sotto il nome del cd "*contratto atipico di ospedalità*".

Tale contratto atipico, così definito intanto perché può basarsi o meno su di un titolo concreto, valendo per la sua conclusione anche la semplice accettazione del paziente nella struttura ai fini di un ricovero o di una visita ambulatoriale (Corte Cass. III sez. civ. sent. 8.10.08 num. 24791: "*l'accettazione di un paziente in una struttura medica (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza medico-ospedaliera ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto di prestazione d'opera atipico di ospedalità*"), prevede a carico della struttura ospedaliera privata (che può essere o meno convenzionata con il Sistema Sanitario Nazionale) il sorgere di una serie complessa di obblighi: la prestazione di servizi ospedalieri e *latu sensu* alberghieri, la messa a disposizione di personale sanitario, medico ausiliario e paramedico (Cass. III sez. civ. 26.1.06

num.1698), nonché l'emersione in capo alla stessa struttura e nei confronti del paziente accettato un cd "obbligo di protezione". La prestazione dovuta dalla struttura sanitaria al paziente, quindi, ha natura complessa e viene definita genericamente di "assistenza sanitaria" e vede al suo interno, oltre alla corretta esecuzione delle prestazioni di natura strettamente medica, anche altri obblighi accessori quali quelli, appunto, di protezione.

L'obbligo di protezione, figura ambigua per il nostro ordinamento, ma da ultimo molto citata dalla dottrina e riconosciuta in giurisprudenza, rientra in quella serie di prestazioni accessorie nei contratti dalla specifica funzione sociale (dai quali ovviamente non potrebbe essere escluso il cd contratto di ospedalità, vista la natura delicatissima e costituzionalmente garantita, ex art. 32 Cost., del bene che va a incidere, ossia la salute inclusione peraltro recentemente affermata nella giurisprudenza della Suprema Corte in S.U. 11.1.2008 num. 577 che, nel mettere ordine in numerosi profili problematici del contratto di ospedalità, afferma espressamente che la prestazione, cui è tenuta l'ente ospedaliero, sia assai articolata e "*ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi cd. di protezione ed accessori*"). Tale figura giuridica si concretizza nell'obbligo di vigilare sulla sicurezza e l'incolumità del creditore da parte del debitore.

Si torni, ora, alla definizione del contratto di ospedalità. In base a tale impostazione oramai largamente condivisa in dottrina e giurisprudenza, il riconoscimento del cd contratto di ospedalità in capo alla struttura ospedaliera (e tale può ben essere considerato anche un centro polidiagnostico, come quello di specie che vede al suo interno la prestazione di servizi medici di variegata natura, con il supporto di personale medico, medico-ausiliario e paramedico) ha operato l'emersione di una presunzione legale di colpa ex art. 1218 c.c. a carico della struttura ospedaliera per l'inadempimento e l'illecito del dipendente (anzi come sarà più sotto meglio esplicitato, dell'operatore

sanitario agente nella struttura *tout court*, senza che si abbia riguardo se quest'ultimo sia un dipendente o meno della stessa): al paziente basta allegare in giudizio il mero inadempimento della prestazione richiesta, l'onore della prova di cause esimenti di responsabilità saranno a carico del debitore (orientamento stabilito da prima dalla Corte Cass S.U. 30.10.2001 num. 13533 e poi confermata, tra le altre da Cass sentt. 10.5.2002. num. 6735, 21.6.2004 num. 11488 e S.U. 10.1.2006 num. 141).

Giova a tal proposito qui ricordare che secondo la giurisprudenza della Suprema Corte, ai fini della validità del contratto di ospedalità cui sopra si faceva riferimento e che rimane l'orientamento ricostruttivo che maggiormente si auspica l'Illustrissimo Giudice accolga, a nulla rileva la circostanza che il medico o il paramedico autore dell'illecito sia o meno un dipendente della struttura.

Si legga infatti Corte di Cass. sent num. 1855 del 20.4.1989: *“Non è necessario che il medico sia dipendente della casa di cura, sia cioè a questo legato da un rapporto di lavoro subordinato... Ausiliari sono dunque tutti coloro dei quali il debitore si avvale nell'esecuzione della prestazione, indipendentemente dalla natura del rapporto che ad essa la legghi.”*

Comunque è qui opportuno affermare che, se pure il rapporto tra l'operatore sanitario e l'ente ospedaliero non fosse di subordinazione e di dipendenza contrattuale, ciò non avrebbe rilevanza sull'operatività del contratto di ospedalità nei confronti della struttura sanitaria, poiché quest'ultimo ha larghissima operatività comprendendo, come è pacificamente condiviso, anche ipotesi molto spinte, quali, ad esempio, la responsabilità per l'inadempimento del medico esterno organicamente alla struttura ma voluto dallo stesso paziente, responsabilità che emerge per il solo fatto di aver consentito al sanitario di prestare la propria professionalità nella struttura.

Per ciò che invece concerne la responsabilità del sanitario, al di là delle affermazioni sopra sostenute circa i profili di responsabilità civile e penale che normalmente possono coinvolgere il medico, emerge, anche un particolare tipo di responsabilità contrattuale nei confronti del paziente.

Tale responsabilità contrattuale discende dal cd “*contatto sociale*” che si crea tra medico e paziente.

In base al contatto sociale in dottrina e in giurisprudenza ( si vedano *inter ceteros* Fiandaca in “*Pareri di diritto civile*” Giuffrè, Fallaice “*La Responsabilità da contatto sociale*” Cedam e Cass. III sez. 14.7.2006 num.16123 Cass. III sez. 20.10.2005 num.20320 ) si è venuto ad affermare che, pur non essendoci un contratto vero e proprio tra sanitario e paziente (poiché il contratto vero e proprio è stipulato tra la struttura ospedaliera e quest’ultimo), in realtà il medico è tenuto, proprio per la sussistenza del contatto sociale qualificato dallo svolgimento delle sue funzioni che per le loro caratteristiche non possono equipararlo ad un soggetto qualsiasi per il quale opererebbe il semplice principio extracontrattuale del *neminem laedere*, ad un rapporto contrattuale di fatto che lo obbliga a tenere gli stessi comportamenti specifici cui sarebbe obbligato se fosse egli stesso parte del contratto; e, perciò, la sua responsabilità è anche contrattuale.

A tal riguardo si legga l’epocale sentenza della Corte di Cassazione sez. III, del 22 gennaio 1999 n. 589, la quale stabilisce che “*l’obbligazione del medico dipendente dal servizio sanitario nazionale per responsabilità professionale nei confronti del paziente ha natura contrattuale, ancorché non fondata sul contratto ma sul “contatto sociale”, caratterizzato dall’affidamento che il malato pone nella professionalità dell’esercente una professione protetta. Conseguenze che relativamente a tale responsabilità, come per quella dell’ente gestore del servizio sanitario, i regimi della ripartizione dell’onere della prova, del grado della colpa e della prescrizione sono quelli tipici delle obbligazioni da contratto d’opera intellettuale professionale*”.

Di evidente osservazione appare come tali portati giuridici siano massimamente coerenti con quanto dalle riflessioni sulla deontologia medica conseguito e consacrato nei vari testi succedutesi del Codice Deontologico, sulla professione medica e sulla sua particolarissima delicatezza rispetto ai rapporti con il paziente e gli obblighi che da questo al professionista competono.

## **Capitolo IV**

**Analisi comparativa tra il “nuovissimo”  
Codice di Deontologia Medica e i Codici  
Deontologici di altre professioni.**

## **4.1.: Raffronto quali-quantitativo**

Il Codice Deontologico Medico può e deve essere raffrontato con i Codici Deontologici di altre categorie professionali, in una lettura comparata con diversi codici di estrazione non biologica, quali ad esempio le norme regolamentari prescritte dagli Ordini degli Avvocati, degli Architetti, dei Giornalisti e degli Infermieri.

Va intanto però considerato che la categoria medica è stata la prima ad avvertire il bisogno di una codificazione che ne potesse disciplinare lo svolgimento professionale.

Le regole deontologiche non sono norme ordinarie, nel senso che non possono andare contro i principi dell'ordinamento, sono bensì norme etiche che danno una regola di comportamento alla categoria professionale ed a cui il professionista deve attenersi.

Facendo un confronto tra i codici deontologici delle categorie prese in esame, si può immediatamente notare che l'elaborato dei Medici si discosta dagli altri sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo.

Da un punto di vista puramente quantitativo, si evidenzia che gli articoli del codice deontologico medico sono 75 laddove quelli previsti per la categoria forense sono 58, e per quella degli architetti 63, dei Giornalisti 13 ed infine per gli Infermieri 7, divisi in 49 sottocapi.

Orbene, volendo mettere da parte questa differenza che è solo e puramente numerica, da un punto di vista strettamente sostanziale, è d'obbligo evidenziare alcuni aspetti.

In primo luogo vi è una diversità sia per ciò che concerne l'impostazione che per ciò che riguarda la struttura.

Il Codice Deontologico Medico pone al centro del proprio corpus il rapporto con il paziente (cittadino) (artt.20-39) soffermandosi in maniera particolare sugli atteggiamenti che il professionista deve assumere nei confronti del suo interlocutore in determinate situazioni.

Tale tematica è affrontata invece nei altri codici presi in esame solamente nel titolo IV (artt.35-47) nella categoria forense e nel capo III (artt. 15-26) per la categoria degli architetti, all'art. 4 per quella degli infermieri.

Un discorso a parte, si deve obbligatoriamente fare per la categoria dei giornalisti, essendo la stessa fornitrice di informazione per il terzo, ma allo stesso modo obbligata alla tutela della privacy dei soggetti sui quali fornisce informazione. Tale aspetto preponderante dell'attività di questa categoria fa sì che il rapporto con il terzo non venga trattato come un argomento a se stante, bensì dislocato all'art. 5 all'art. all'art. 6, 7 e solo all'art 10.

Degno di nota è anche la circostanza che il rapporto con il terzo è affrontato dall'Ordine dei Medici in maniera molto circostanziata , mentre per le altre categorie non può dirsi lo stesso.

Il Codice Medico tratta l'argomento specifico al titolo IV dedicandogli ben 11 articoli, ma, stante la posizione di centralità assunta dal paziente per il medico, è solo per pura cronaca che si sottolinea la presenza della figura anche in altri titoli.

Stante la interrelazione quotidiana tra la figura del medico e quella del cittadino, il Codice non poteva esimersi dal trattare questa materia in maniera continuativa.

È da sottolineare che il medico ha a che fare con diritti “protetti” dalla costituzione, quali ad esempio, su tutti, il *BENE SALUTE* e di cui il soggetto uomo è portatore, dal che, è quasi naturale che tale figura sia una presenza quasi ridondante e costante nelle norme che regolano l’etica e l’Ordine.

La figura del medico e quella del cittadino sono strettamente e direttamente correlate, senza l’uomo non esisterebbe il medico e viceversa.

È proprio da questo stretto binomio che si deve partire per poter affrontare una comparazione qualitativa tra gli elaborati.

Mettendo a confronto *sic et simpliciter* i quattro capi dei codici in parola intitolati al rapporto con i terzi leggiamo:

- 1) CDM: Rapporti con il cittadino
- 2) Codice Deontologico degli Infermieri: rapporti con la persona assistita
- 3) Codice Deontologico Architetti.: Rapporti con il committente
- 4) Codice Deontologico Avvocati: Rapporti con la parte assistita

Orbene la differenza è lampante.

Sembra esserci quasi una parabola discendente: si parte dalla definizione Cittadino per arrivare alla semplice ed impersonale parte assistita.

Ciò che interessa maggiormente esplicitare è la funzione pregnante che assume la figura dell’interlocutore nel CDM.

Prendendo in considerazione l’art. 40 del codice deontologico degli avvocati il 4.5. del Codice degli Infermieri ed il numero 33 del codice deontologico dei medici , leggiamo rispettivamente: “*L’avvocato è tenuto ad informare chiaramente il proprio assistito all’atto dell’incarico delle caratteristiche e dell’importanza della controversia o delle attività da espletare, precisando le iniziative e le ipotesi di soluzione possibili. L’avvocato è tenuto altresì ad informare il proprio assistito sullo svolgimento*

*del mandato affidatogli, quando lo reputerà opportuno e ogni qualvolta l'assistito ne faccia richiesta. Se richiesto, è obbligo dell'avvocato informare la parte assistita sulle previsioni di massima inerenti alla durata e ai costi presumibili del processo. È obbligo dell'avvocato comunicare alla parte assistita la necessità di del compimento di determinati atti al fine di evitare prescrizioni, decadenze o altri effetti pregiudizievoli relativamente agli incarichi in corso di trattazione. Il difensore ha l'obbligo di riferire al proprio assistito il contenuto di quanto appreso nell'esercizio del mandato se utile all'interesse di questi. ”; per gli Infermieri: “ l'infermiere nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.” invece per quanto concerne il sanitario si afferma apertamente che “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 dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione al fine di promuovere la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'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 infauste o tali da poter procurare preoccupazione o 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 al altro soggetto l'informazione deve essere rispettata”.*

Dalla sola lettura di questi due articoli si evince l'abissale differenza del modo di porsi delle categorie nei confronti del terzo.

Difatti, l'Avvocato si deve limitare a riferire aspetti esplicativi del mandato solo "SE" e nel caso che ciò sia utile all'interesse della parte assistita, inoltre solo nell'eventualità di una esplicita richiesta della stessa. Soprattutto è piuttosto interessante, poiché connota una grande differenza di approccio nei riguardi del terzo tutelato, la circostanza che pur nel caso, come si è visto residuale e non obbligatorio della dazione di informazioni sull'attività professionale che si sta svolgendo, l'avvocato non deve assolutamente prendere in considerazione l'aspetto delle capacità cognitive del soggetto interlocutore.

È come se si desse per scontato che colui che il professionista si trova dinnanzi debba avere le sue stesse conoscenze e non debba essere indottrinato ulteriormente al fine di poter decidere e partecipare a quelli che sono i suoi interessi, ed i suoi diritti che voglia far valere per il tramite del legale, o, notazione ancora più sinistra che l'ovvia circostanza che il cliente non abbia le stesse conoscenze tecniche del professionista proprio non rilevi per l'Ordine .

Questa impostazione va completamente abbandonata per non dire addirittura totalmente sovvertita per quello che riguarda lo svolgimento dell'attività medica, ed infermieristica.

Il sanitario, infatti, è, all'opposto, tenuto a tener conto della capacità cognitive del paziente che deve essere prima di tutto compreso nelle sue difficoltà di analizzare la propria situazione patologica (vuoi per evidenti carenze scientifiche, vuoi per il normale e prevedibile scuotimento psicologico conseguente all'apprendimento di un proprio stato patologico) e poi portato per mano alla scelta della terapia da seguire. L'infermiere coadiuva tale tipo di attività operando, all'occorrenza anche un'ulteriore

apporto a quella che è l'informazione data dal medico al paziente, avvicina dosi, di conseguenza, molto di più al suo operato.

Ma ciò che crea un vero e proprio profondo abisso tra le due categorie, quella Medica e Forense, e che allontana quella degli Infermieri, è il fatto che il medico è tenuto a usare *“prudenza e a non traumatizzare terminologicamente il paziente”*, cosa che nell'ambito della categoria forense non viene assolutamente rilevato, mentre trova implicito riscontro nella categoria dei collaboratori sanitari, nell'obbligo di assistenza.

Si potrebbe pensare che tale dicitura è dovuta al fatto che un medico si potrebbe trovare dinnanzi ad un paziente in fin di vita, a cui comunicare l'infausta prognosi.

Ma non si potrebbe dire lo stesso di un Avvocato che deve comunicare al proprio assistito il rischi di un ergastolo?

Il terzo non si trova di fronte al rischio di poter perdere la propria libertà personale?

Forse, si dovrebbe cercare anche in questo caso, allora, di trovare le parole più adatte per fornire tali comunicazioni.

Passando invece alla disamina delle differenze tra il CDM e il Codice di autoregolamentazione degli architetti, si legga, nel Codice deontologico degli stessi l'art. 18: *“l'iscritto non deve subire passivamente la volontà del committente quando questa contrasti con la sua autonomia e con il suo prestigio”*.

Tale impostazione si discosta completamente dalla visione del medico. La figura del professionista, difatti, nel caso dell'architetto diventa completamente centrale, tant'è che non deve farsi, addirittura sottomettere dal proprio committente; da ciò risulta che rimane più importante rispetto al terzo cliente un qualcosa di così evanescente quale il proprio prestigio. Insomma l'architetto esce completamente dal tracciato della inter-relazione con il proprio interlocutore.

Visione completamente diversa è quella del medico, il cui comportamento è subordinato alla espressione di volontà del paziente; difatti :

- Il sanitario deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona (art. 20);
- il medico non deve intraprendere attività diagnostica o terapeutica senza l'acquisizione del consenso (art 35);
- Deve desistere da ogni atto diagnostico e/o terapeutico in presenza i documentato rifiuto di persona capace (art. 35 III Comma).

Tuttavia l'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico (art. 4), ed ancora all'art 22: il medico al quale vengano richieste prestazione 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 ed immediato nocumento per la salute della persona assistita. Vale a dire che malgrado il medico mantenga la sua autonomia, questa deve ben conciliarsi con l'interesse del paziente.

Il paziente assume una tale rilevanza nel Codice Deontologico Medico, che nulla viene lasciato al caso.

Sono presenti, difatti, varie ipotesi dinnanzi alle quali il professionista potrebbe trovarsi, catalogate quasi come un *vademecum*. Ciò che assume centralità è l'atteggiamento che il medico deve assumere, le parole da utilizzare, i termini non troppo specifici, e sempre tenendo bene in considerazione l'effettiva capacità di ricezione del soggetto interlocutore.

Difatti afferma l'art *“Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza .”*.

Cambiando completamente prospettiva, si potrebbe analizzare l'argomento dell'aggiornamento professionale.

Leggiamo all'art. 13 del Codice Deontologico forense: *“E' dovere dell'avvocato curare costantemente la propria preparazione professionale, conservando e accrescendo le conoscenze con particolare riferimento ai settori nelle quali si svolge l'attività. L'avvocato realizza la propria formazione permanente con lo studio individuale e la partecipazione ad iniziative culturali in campo giuridico e forense. È dovere deontologico dell'avvocato quello di rispettare i regolamenti del Consiglio Nazionale Forense e del Consiglio dell'Ordine di appartenenza concernenti gli obblighi e i programmi normativi.”*

Analizzando, invece l'art. 19 del Codice deontologico dei Medici: *“ il medico ha l'obbligo di mantenersi aggiornato in materia tecnico-scientifica, etico-deontologica e gestionale-organizzativa, onde garantire lo sviluppo continuo delle sue conoscenze e competenze in ragione dell'evoluzione dei progressi della scienza, e di confrontare la sua pratica professionale con i mutamenti dell'organizzazione sanitaria della domanda di salute dei cittadini. Il medico deve altresì essere disponibile a trasmettere agli studenti e ai colleghi le proprie conoscenze e il patrimonio culturale ed etico della professione e dell'arte medica”*.

Orbene, analizzando le due norme si possono fare numerose osservazioni che riguardano il diverso modo di porsi delle due categorie, dinnanzi all'aggiornamento professionale.

In primo luogo è interessante notare come i due ordini si approccino alla materia.

Per gli avvocati è un “dovere” -la cui etimologia proviene dal latino dehibere (avere da alcuno- non possedere)-, curare costantemente la preparazione, mentre il medico usa il termine obbligo ed in più snocciola le materie in cui la sua preparazione deve essere aggiornata.

L'aggiornamento del sanitario, viene percepito come un accrescimento della propria conoscenza a garanzia del paziente e di tutto ciò di cui questi è portatore, è come se si percepisse la volontà di voler inculcare alla propria categoria l'importanza dell'ampliamento del proprio sapere.

Tale atto, assume, invece nell'ambito forense un'accezione completamente diversa, tale da far considerare l'aggiornamento un puro mezzo per evitare sanzioni da parte dell'ordine, e non un sistema per poter accrescere le proprie capacità conoscitive.

È interessante, ai fini di questo studio comparativo, dedicare una ampia parentesi al confronto tra il codice deontologico medico e quello dei giornalisti.

Apparentemente tale confronto potrebbe sembrare alquanto sterile e inappropriato, potendo erratamente pensare che tali categorie, così a primo acchitto lontane tra di loro, non possano essere accomunate, ma ci si abaglia.

In primo luogo queste categorie professionali vengono accomunate dalla profonda interrelazione con i soggetti terzi. Difatti, come ampiamente argomentato il Sanitario fa del terzo paziente il fulcro della propria attività, ma allo stesso modo il Giornalista rende al terzo un servizio, quale quello dell'informazione, rendendo il soggetto anche oggetto della sua ricerca.

All'interno del codice, viene esplicitata e particolareggiata l'attività che il giornalista deve svolgere, nel rispetto della privacy, evitando ad esempio riferimenti a congiunti (art. 5), ponendo però, al di sopra di tutto l'informazione. Si legge infatti all'art. 6: *“La divulgazione di notizie di rilevante interesse pubblico o sociale non contrasta con il rispetto della sfera privata quando l'informazione, anche dettagliata, sia indispensabile in ragione dell'originalità del fatto o della relativa descrizione dei modi particolari in cui è avvenuto, nonché della qualificazione dei protagonisti.”*, ancora all'art. 8 intitolato Tutela della dignità della persona: *“Salva l'essenzialità dell'informazione, il giornalista non fornisce notizie o pubblica*

immagini o fotografie di soggetti coinvolti in fatti di cronaca lesive della dignità della persona, né si sofferma su dettagli di violenza, a meno che non ravvisi la rilevanza sociale della notizia o dell'immagine”

Tali enunciazioni potrebbero essere interpretate non come sudditanza dell'oggetto della ricerca al diritto all'informazione, bensì quale mezzo affinché il fruitore di una tal notizia possa apprenderla, e di conseguenza farla propria. Orbene, così come il medico rende il paziente centro nevralgico del proprio operato, anche il giornalista, nel rispetto, ove possa e lo ritenga opportuno, della privacy e della dignità umana pone il terzo quale soggetto ultimo al quale inviare il proprio messaggio di cronaca.

Come il medico opera una scelta al momento dell'informazione al paziente ai fini della diagnosi e della cura, per poterlo meglio indirizzare, così il giornalista opera una scelta nel valutare, quale prioritaria, la trattazione dei dati personali, oppure l'importanza della notizia da diffondere. Vi sono, però anche altre macroscopiche similitudini. Il codice Deontologico Medico considera all'art. 32 la figura del soggetto fragile indentificandolo tra gli altri con il minore, invitando il sanitario a fare sì che tale soggetto sia tutelato sia per ciò che concerne l'attività diagnostica, che terapeutica.

Orbene, logica vorrebbe che tale figura sia menzionata anche nel Codice Deontologico forense, anche in maniera marginale, ma tutto questo non accade, non si fa cenno alcuno a tale figura, malgrado gli interessi del minore debbano essere comunque tutelati anche e soprattutto in caso di assenza dei genitori esercenti la potestà, ed in presenza di eventuali tutori.

Tale sensibilità è però fatta nota nel codice deontologico dei Giornalisti, che dedicano al minore l'art. 7: *“Al fine di tutelarne la personalità il giornalista non pubblica i nomi dei minori coinvolti in fatti di cronaca.....il diritto del minore alla riservatezza deve essere sempre considerato come primario rispetto al diritto di cronaca..”* .

Ma vi è invece un aspetto che accomuna il Giornalista, l'Avvocato ed il Medico: l'indagine.

Nei codici di tutte e tre le categorie prese in esame, viene trattato il metodo di indagine da poter svolgere.

Per i medici è un tipo di indagine che trova il suo culmine nella diagnosi, passando per l'anamnesi, il modo di approcciarsi al paziente, per poter tutelare il diritto alla salute, per gli avvocati si parla di indagine a scopo puramente difensivo e nell'interesse della tutela del diritto alla difesa, per i giornalisti l'indagine è mezzo per arrivare alla notizia e per tutelare il diritto di cronaca.

Ciò che si vuole sottolineare è che malgrado la profonda differenza tra le categorie prese in esame, tutte propendono alla salvaguardia di un diritto di cui è portatore il cittadino inteso nel senso più ampio del termine.

E' certo che il medico debba far capo alle proprie capacità di discernimento, ma è comunque coadiuvato da un validissimo coacervo di norme etiche che provvedono a sostenere e a porre elementi di conoscenza a sostegno della sua opera.

## **Capitolo V**

**Raffronto tra il Codice Deontologico Medico  
Italiano e quello delle altre nazioni dell'U.E.**

L'Europa unita non lo è nella pratica deontologica, ciò equivale a dire che i medici non sono uguali tra loro soprattutto nei confronti delle leggi e della regolamentazione della professione.

Un medico italiano, infatti, nel suo Paese ha degli obblighi disciplinari sia nei confronti dell'Ordine sia verso lo Stato che possono essere diversi nel caso eserciti la professione in un altro Paese.

Per esempio vi è un'ampia discrepanza in tema della pratica medica intrisi di implicazioni etiche, quali l'eutanasia o la fecondazione assistita.

In Olanda un medico può accondiscendere alla volontà di un paziente di non essere sottoposto a cure senza essere accusato di omicidio volontario; in Spagna un medico può aiutare una donna ad avere un figlio anche tramite fecondazione assistita eterologa (non più consentita in Italia dopo l'approvazione della legge 40).

Da qui la necessità di cominciare a discutere di un *Codice di deontologia medico europeo*, progetto avviatosi con l'approvazione della "Carta di Sanremo" nell'aprile del 2005<sup>47</sup>.

Del resto il trattato di Schengen ha rimosso le barriere doganali fra i paesi dell'UE, permettendo anche la libera circolazione dei medici con la

---

<sup>47</sup> CONSENSUS CONFERENCE: "Un Codice Europeo di Deontologia Medica: utopia o realtà?"SANREMO (Imperia), 15 e 16 Aprile 2005

conseguenza della constatazione della necessità di confronti comuni sui temi classici della deontologia medica.

In attesa che tale progetto si concretizzi, riporteremo di seguito una panoramica dei Codici vigenti in altri paesi dell'UE soffermandoci sul tema dell'informazione al paziente, poiché riteniamo che ciò rappresenti il biglietto da visita della professione medica.

Nel *Regno Unito* non esiste un corpus unico ma diverse linee guida che disciplinano l'agire medico e tra queste la più importante è il *Good Medical Practice*, stilato dalla General Medical Council.

In questa pubblicazione, accanto ai doveri del medico, trova ampia trattazione il tema del consenso informato, che risulta ulteriormente sviluppato nella sezione Good Communication, dove sono elencati i parametri che consentono di giungere all'instaurazione di una buona comunicazione tra medico e paziente.

La British Medical Association<sup>48</sup> si è, invece, soffermata anche sull'importanza del bilanciamento tra la posizione autoritaria del medico e quella di vulnerabilità del paziente al fine di giungere ad una pariteticità tra i due attori.

In *Irlanda* l'agire medico è disciplinato dalla *Guide to Ethical Conduct and Behaviour*, nella quale è lasciato ampio spazio al tema dell'informazione, la quale deve essere trasmessa durante un dialogo scevro da termini tecnici e finalizzato alla promozione di una buona compliance del paziente al trattamento proposto.

In *Spagna* il *Condigo de Etica Y Deontologia Medica* dedica un intero capitolo (terzo) all'informazione del paziente, soffermandosi sulla necessità di

---

<sup>48</sup> Guidance chiamata "Trust in the doctor/patient relationship", febbraio 1997.

utilizzare un linguaggio comprensibile e di adottare particolare cautela nel trasmettere una diagnosi infausta, che, altresì, potrà essere comunicata al familiare o al parente più prossimo o ad altra persona designata dal paziente a tal fine..

Quando la cura proposta prevede un rischio importante per il paziente, il medico deve proporzionare l'informazione sufficiente e ponderata al fine di ottenere l'imprescindibile consenso per praticarla.

Per il bene del paziente può essere opportuno non comunicare immediatamente una prognosi molto grave, anche se questa possibilità deve considerarsi eccezionale al fine di salvaguardare il diritto del paziente a decidere sul suo futuro.

Il medico deve dare ai pazienti che le sollecitano informazioni pertinenti in materia di riproduzione umana al fine che possano decidere con sufficiente conoscenza e responsabilità.

Circa la pratica dell'aborto o questioni di riproduzione umana o trapianto di organi il medico che si astiene informerà senza remore delle ragioni della sua astensione.

L'individuo oggetto di sperimentazione o il tutore, in caso di minore o incapace, deve essere adeguatamente informato degli obiettivi, metodi e benefici previsti, così come dei rischi possibili complicanze.

Per ciò che concerne i minori la legge spagnola<sup>49</sup> statuisce che l'autonomia decisionale del minore sia piena se emancipato o ultrasedicenne, non inabilitato né interdetto; affiancata a quella del rappresentante legale se dodicenne; subordinata a quella del rappresentante legale se infradodicenne o non capace "intellettualmente né emozionalmente" di comprendere l'importanza dell'approccio terapeutico.

---

<sup>49</sup> Legge spagnola 41/2002 sulla regolamentazione dell'autonomia del paziente e dei diritti e obbligazioni in materia di informazione e documentazione clinica.

Qualora sussiste un “grave rischio” terapeutico va comunque informato il padre del minore e la sua decisione in merito va tenuta in debita considerazione.

In *Grecia*, la nuova versione del *Codice di Deontologia Medica*, adottata nel 2005, ha aperto le porte all’era post-paternalistica<sup>50</sup>.

Difatti, il Decreto Reale del 1955<sup>51</sup> statuiva una figura di medico quale unico responsabile delle sorti del paziente in un rapporto autoritario a senso unico. Al medico si permetteva addirittura prendere decisioni in merito a questioni familiari, se richiesto.

Il concetto del consenso informato è apparso per la prima volta con la legge 2071/1992<sup>52</sup> dove all’ articolo 47 si faceva riferimento ai diritti del paziente.

L’attuale codice prevede che il medico non possa intraprendere nessun atto senza l’acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente.

Il Gran Ducato del *Lussemburgo* ha recepito nel *Code de Deontologie Medicale* (1991) i precetti dettati dalla Guida europea di etica medica.

Per delle legittime ragioni che il medico apprezza in coscienza un malato può essere tenuto nell’ignoranza di una diagnosi o di una prognosi grave.

Una prognosi fatale non può che essere rivelata che con massima circospezione, ma i familiari vanno in genere informati a meno che il paziente non si sia in precedenza opposto a questa rivelazione o abbia designato terzi ai quali debba essere fatto.

Se il paziente è incapace di esprimere la propria volontà, i suoi familiari devono, in caso di urgenza o in stato di necessità, essere contattati e informati

---

<sup>50</sup> Grigorios Leon, Chara Spiliopoulou. La comunicazione in Grecia. In Atti del Convegno “Comunicare in Medicina”, Napoli, 21-23 maggio 2008.

<sup>51</sup> Decreto Reale 25 Maggio/6 Luglio 1955 “Per il regolamento della deontologia medica”, Gazzetta Ufficiale A' 177

<sup>52</sup> Legge 2071/1992 “Modernizzazione ed organizzazione del sistema sanitario”, Gazzetta Ufficiale A' 123

Un medico chiamato a curare un minore o un adulto incapace deve adoperarsi per informare i familiari o il rappresentante legale.

Il medico deve, in caso di urgenza e per quanto sia possibile, informare il paziente su effetti e conseguenze dell'esame proposto e sul trattamento.

Il medico deve formulare la sua prescrizione con tutta la chiarezza necessaria e deve accertare la buona comprensione di ciò.

Il medico non può praticare una sterilizzazione o una interruzione di gravidanza se non nei casi previsti per legge e con il consenso dell'interessato.

In caso di protocollo del tutto sperimentale il soggetto interessato sarà informato adeguatamente degli obiettivi, dei metodi e dei benefici attesi oltre che dei rischi e disagi potenziali, del suo diritto a non partecipare alla sperimentazione e di ritirarsi in ogni momento.

Nei *Paesi Bassi* il *Regolamento dei rapporti tra medico e paziente* rispecchia a pieno la mentalità del paese, aperto ad innovazioni, talora considerabili shockanti in altri stati.

In primo luogo il medico ed il paziente possono decidere insieme se porre per iscritto l'informazione e l'accettazione del trattamento e tale atteggiamento vale anche per i minori considerati ragionevolmente capaci. Non stupisce come questo atteggiamento improntato all'estrema libertà abbia poi condotto al riconoscimento del diritto all'eutanasia.

In *Danimarca* l'Associazione Medica ha adottato le *Ethical Rules* nelle quali è esplicitato che il medico deve sforzarsi di comprendere la situazione psicologica, fisica e sociale del proprio assistito.

In *Svizzera*, la Federazione Elvetica Medica ha introdotto, nel 1997, il *Codice deontologico nazionale* in sostituzione dei 25 codici cantonali.

Per ciò che concerne l'informazione è interessante segnalare che il succitato codice prescrive che il medico, preliminarmente, all'atto informativo comprenda quale grado di notizie il paziente è potrà sopportare.

In *Polonia* il *Codice Medico di Etica* introdotto nel 2004, prevede un ruolo attivo del paziente nelle decisioni relative al suo stato di salute, anche in relazione all'opportunità di essere o meno informato. Dal canto suo il medico può decidere di rinunciare all'informazione qualora si convinca che le notizie da trasmettere potrebbero provocare sofferenze al paziente e non gioverebbero al suo stato di salute.

In *Germania* il *Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte* disciplina l'agire medico con modalità sovrapponibili al sistema italiano per ciò che concerne l'erogazione delle informazioni relative alla diagnosi ed al trattamento.

In *Portogallo*, il Codice di Deontologia prescrive che il medico non possa intervenire senza che le cure siano state prospettate al paziente, tranne nei casi di urgenza e stato di necessità; anzi non è illecito un fatto praticato con il consenso del titolare dell'interesse giuridico leso.

Tranne i casi speciali previsti per legge, il consenso esclude un illecito di fatto quando si riferisce ad interessi giuridici liberamente disponibili o a fatti che non offendono il buon costume.

Interventi o trattamenti realizzati senza il consenso del paziente sono punibili con pena detentiva fino a tre anni o con pena pecuniaria, con l'esclusione del pericolo di vita o del pericolo grave per il corpo o per la salute.

Il medico deve formulare le prescrizioni con indispensabile chiarezza, verificando la loro comprensione da parte del paziente e dei familiari.

Il medico deve -alla persona che visita, cura o consiglia- una informazione sulle indagini diagnostiche e sulla terapia proposti, leale, chiara e appropriata al suo stato; nel corso della malattia il medico tiene conto della personalità del paziente verificandone la loro comprensione.

Se il paziente, in grado di esprimere la propria volontà, rifiuta le indagini o il trattamento proposti, il medico deve informarlo delle conseguenze.

Il consenso può essere espresso in qualunque modo che traduca una volontà seria, libera e chiara del titolare dell'interesse giuridico protetto e può essere liberamente revocato.

Il consenso è efficace se prestato dai maggiori di 14 anni in possesso della capacità necessaria di intendere e volere nel momento in cui è prestato.

Il consenso è presunto nelle situazioni in cui l'operatore può ragionevolmente supporre che il titolare dell'interesse giuridicamente protetto avrebbe efficacemente consentito un'azione, considerate le circostanze in cui questa è praticata.

In *Belgio* l'Association Belge des Hôpitaux ha recentemente (2000) rivoluzionato il *Code de Déontologie Médicale*, per ciò che concerne l'informazione relativa alla rivelazione di una prognosi grave.

Fino alla revisione il medico era legittimato a nascondere la verità al suo paziente e a renderne edotti solo i familiari nei tempi e nei modi opportuni, mentre attualmente, lo stesso deve limitarsi a valutare la capacità del suo assistito di ricevere tali notizie, dovendo tuttavia, sempre rivelare lo stato di salute al suo assistito.

Un'ulteriore rivisitazione del 2003 ha introdotto l'obbligo per il medico di sforzarsi di chiarire al suo paziente le ragioni di tutti i provvedimenti diagnostici o terapeutici proposti.

Il medico deve comunicare tempestivamente al paziente diagnosi e prognosi anche se grave o fatale, valutando l'attitudine del paziente a ricevere ed intendere l'informazione a lui destinata

Il medico informa i familiari del paziente a meno che questi non si sia precedentemente opposto; a richiesta del paziente contatta le persone da egli designate.

Per il malato in fase terminale, in genere l'applicazione di un trattamento o il suo arresto, è deciso dal medico tenuto conto della carta del paziente, dopo aver richiesto consiglio ad un consulto medico ed aver informato e raccolto l'opinione del paziente o, in assenza, dei suoi familiari o dei suoi rappresentanti legali.

In caso di patologia materna o fetale, il primo dovere del medico è informare completamente la paziente.

Per i problemi concernenti la riproduzione, in ogni caso l'autonomia della persona, e se ella accetta di coppia, deve essere rispettata; a tale scopo una informazione completa e precisa su tutti gli aspetti dei problemi medici e sociali deve precedere tutte le decisioni mediche al riguardo.

Il medico deve fornire una informazione completa e dettagliata alle persone e alle coppie che desiderano ricorrere a una procreazione assistita per permettere di fare delle scelte chiare, coscienti e riflessive.

Tutta la sperimentazione in materia di procreazione esige il consenso degli interessati e il ricorso a un Comitato Etico.

In caso di sterilizzazione chirurgica la persona che subirà l'intervento dovrà decidere liberamente e l'opposizione eventuale di un familiare o del partner sarà senza effetto, pur tuttavia il medico non potrà intervenire se non dopo aver informato correttamente i familiari o i partners sulle conseguenze.

Quando il paziente è un minore o un adulto incapace ed è impossibile o inopportuno raccogliere il consenso del rappresentante legale, il medico fornirà le cure adeguate dettate dalla sua coscienza.

La sperimentazione umana è ammessa solo su adulto (non detenuto) capace di fornire liberamente il proprio consenso.

Un simile percorso accomuna il Belgio alla *Norvegia*, dove il *Code of Ethics for Doctors* è stato sottoposto a revisione integrale dalla Norwegian Medical Association (2000) in relazione all'opportunità o meno di informare il paziente in relazione ad una prognosi infausta.

L'assistito resta il titolare del diritto all'informazione, fermo restando l'obbligo di adottare particolari cautele nel trasmettere diagnosi che potrebbero avere un particolare impatto emotivo.

In *Svezia* il *Physicians' Ethical Rules* riconosce a pieno il diritto all'autodeterminazione del paziente prevedendo il dovere di astensione alla comunicazione di notizie spiacevoli qualora l'assistito non gradisca esserne notiziato.

In *Francia* la materia deontologica è molto articolata ed è notevole che il *Code de Déontologie Médicale* fu approvato dall'Ordine nazionale il 12 febbraio 1993 e poi trasfuso nel Decreto n. 95-1000 pubblicato il 6 settembre 1995 sul Journ. off. de la Rèp. Franc. con firma del Primo Ministro Juppè, del Ministro della Giustizia Toubon e del Ministro della Sanità pubblica e dell'Assicurazione sociale di malattia Hubert.

Il Codice prescrive che il medico si impegni coscientemente nella cura del proprio paziente e fornisca allo stesso un'informazione leale, chiara ed appropriata sul suo stato di salute, sulle indagini e sulle cure che propone, tenendo in debita considerazione la personalità del suo assistito.

Ogni qualvolta, nell'interesse del malato e per ragioni legittime che l'operatore apprezza in coscienza, un malato può essere tenuto all'oscuro di

una diagnosi o di una prognosi grave, tranne nei casi in cui l'affezione di cui soffre espone terzi a rischio di contagio.

Inoltre, una prognosi fatale non può essere che rivelata con circospezione, ma i familiari devono essere informati, tranne se il paziente si sia precedentemente opposto a tale rivelazione o abbia terzi ai quali ciò debba essere fatto.

Per il minore o l'adulto incapace il medico deve adoperarsi a informare i familiari o il tutore.

Tuttavia, la normativa francese<sup>53</sup> in tema di consenso informato nei minori e nei soggetti maggiorenni sotto tutela prescrive che l'informazione dovrà essere data anche ai diretti interessati che devono partecipare al processo decisionale in misura adeguata al loro grado di maturità, se minori, e alla loro capacità di discernimento, se maggiorenni sotto tutela (art. 1111-2);

Qualora l'atto sanitario sia necessario per la salvaguardia della salute del minore ed in presenza di una opposizione di quest'ultimo alla divulgazione delle notizie che riguardano il proprio stato di salute cade l'obbligo di assumere il consenso da parte di chi detiene l'autorità parentale (art. 1111-5).

Strettamente connessa al tema dell'informazione e del consenso è la legge sulla "fin de vie", che disciplina i diritti dei malati al crepuscolo della loro esistenza, approvata dal Governo francese il 12 aprile 2005.

La ratio principale della legge è nel desiderio di voler rispettare la persona umana in tutte le sue dimensioni; ma in subordine ha il pregio di eliminare la preoccupazione del corpo medico di essere ex post accusata a norma del codice penale di mancata assistenza sulla persona in caso di decisione di sospendere un trattamento.

In conclusione, il percorso per l'armonizzazione dei codici deontologici dei diversi paesi europei potrebbe apparire irto di problemi; pur tuttavia non si

---

<sup>53</sup> Legge francese n. 2002-303 del 4 marzo 2002 relativa ai diritti del malato e alla qualità del sistema sanitario con le modifiche apportate dalla L. 1577-2002 del 30 dicembre 2002 e dalla L. 660-2003 del 21 luglio 2003

può negare che esiste una matrice comune che affonda le sue origini nel solco inizialmente tracciato dal Codice di Norimberga.

Bisognerà certo mediare le posizioni più estreme facendosi aiutare dal buon senso; del resto i figli di Ippocrate svolgono la medesima attività qualsiasi lingua parlino.

# **Capitolo VI**

**Valutazioni conclusive.**

## 6.1.:

La società moderna ha sperimentato l'incapacità di fondare un'etica che sia in grado di motivare i soggetti a deporre l'individualismo ed a sentirsi parte integrante di un consorzio civile.

In questo orizzonte si iscrive la stesura e l'approvazione di un codice deontologico, l'ultimo degli atti istitutivi di una professione, ma quello simbolicamente più importante.

Le norme deontologiche rappresentano la quintessenza del "sapere" e del "saper fare" di una professione, oltre a costituire il collante ed il tratto distintivo dell'appartenenza alla comunità professionale.

In altri termini, potremmo dire che il codice deontologico sia la tangente che interseca le due rette parallele costituite dalla teoria e dalla pratica.

La validità di tale momento di congiuntura tra questi due mondi così lontani, sarà tanto più valida quanto la norma deontologica saprà interpretare le esigenze del mondo contemporaneo.

Purtroppo, la nostra era tecnocratica ha privato la stessa Deontologia di ogni valenza oggettiva, relegandola a puro principio ispiratore dell'agire pratico, il quale dal canto suo è spinto da pulsioni economiche o edonistiche.

*A chi serve, oggi, il Codice Deontologico?*

*E soprattutto a cosa serve?*

Sono due problemi che richiederebbero una trattazione estesa e adeguati approfondimenti; il mio contributo, che non può porsi a questo livello, consisterà semplicemente nel fornire qualche spunto di riflessione.

Partiamo dalla seconda domanda per giungere alla prima, in un discorso a ritroso, certo, ma che vuole sottolineare l'importanza dell'uomo.

Non è peregrino chiedersi, in questa società, se all'elevato valore simbolico della norma deontologica corrisponda un altrettanto elevato valore d'uso.

La deontologia è pur sempre un'etica speciale, dunque potenzialmente differente dalla morale condivisa e talora – come accennato nei precedenti capitoli- in tensione con la norma giuridica.

Se tale tensione non sussistesse, infatti, non vi sarebbe alcun bisogno di un'etica speciale e in effetti, in teoria, essa non avrebbe alcuna ragion d'essere, reputando sufficienti le norme contenute nel Codice Penale.

Come abbiamo già avuto modo di sottolineare è insito nel concetto di professionista un'eminente funzione pubblica e sociale e la riconosciuta responsabilità nell'esercitarla<sup>54</sup>, e ciò rimanda anche ai contenuti deontologici.

Potrebbe sembrare a questo punto lecito chiedersi il perché della creazione e del proliferare dei codici deontologici in quanto potrebbe anche bastare la semplice norma sanzionatoria giuridica.

Tale osservazione va però completamente sovvertita, in quanto, di qualsiasi categoria professionale si parli si deve intendere quale gruppo quasi “elitario” che deve e sente l'esigenza di rispondere ad un determinato target, che lo contraddistingue.

Questa esigenza così forte è stata colmata con la norma deontologica, che avrebbe dovuto agire su di un terreno già fertile, quale il sentire morale del professionista, dovendo semplicemente aggiungere. Così non è. Difatti, negli anni addietro era forte il senso di moralità ed il dovere di comportamento da parte del professionista, che si poneva quasi come un padre di famiglia nei confronti dei terzi, e che sentiva su di se il peso del suo agire pratico e morale sulla società che lo circondava, e che lo hanno portato a volere dare ancora più

---

<sup>54</sup> Legge 23/3/93, n. 84; Regolamento sul riassetto degli Albi, art. 20, comma 2 emanato dal Consiglio dei Ministri il 3/4/01

forza ponendo per iscritto regole che già sentiva proprie, attraverso la creazione addirittura di una codificazione di tali regole morali.

Ciò che però era iniziata come una naturale conseguenza delle esigenze storico-sociali, è diventata oggi quasi una costrizione.

Purtroppo la odierna società non risponde più a determinati canoni di moralità e rettitudine.

Le notizie che vengono passate tutti i giorni fanno pensare a tutt'altro che all'amore di alcuni operatori per le regole deontologiche, come se queste ultime fossero non altro che terreno minato dal quale stare ben lontani.

Ci si chiede dove siano quegli alti valori di moralità in quei Medici, Avvocati o Giornalisti che non si fanno scrupolo ad operare per il solo lucro, o a indirizzare testimonianze o ancora a mettere in prima pagina notizie solo per la notorietà.

Non ci si può nascondere dietro ad un dito credendo che tutti i professionisti appartenenti ai più svariati ordini abbiano letto il proprio Codice Deontologico.

Purtroppo l'élite, e ciò che la contraddistingue, la si trova anche all'interno di una stessa categoria professionale.

Siamo di fronte ad un abuso del termine deontologico in tutte le sue accezioni.

È come se si fosse arrivati a voler mettere la deontologia al di sopra di tutto, quando, invece, la deontologia è il gancio che unisce la pratica alla teoria. È il collante che fa sì che il professionista possa mettere in pratica ciò che ha imparato, coadiuvandolo nelle scelte da adoperare e nei comportamenti da tenere in determinate situazioni. Attenzione però, si sottolinea la funzione squisitamente coadiuvante e non di sostituzione al pensiero del soggetto.

Ma come può esserci una funzione intesa in tal senso se il soggetto non si pone più come avveniva per le epoche passate?

Prendendo in esame la categoria medica si è potuto constatare come si siano repentinamente succeduti i codici deontologici negli anni si pensi solo alle ultime tre edizioni del 95, 98 e 2006, così ravvicinate tra di loro.

Perché un tale susseguirsi di cambiamenti ed integrazioni?

Il frenetico sviluppo tecnologico, ha fatto sì che ciò che prima sembrava quasi impossibile, dopo un lasso di tempo relativamente breve, appare drammaticamente reale, sfuggendo al controllo legislativo e a maggior ragione a quello meramente deontologico.

Un esempio quasi scolastico è la clonazione che era appena ipotizzabile nel codice del 95, e che invece diventa una inquietante ma tangibile possibilità.

Rispondendo al quesito che ci si è posti “a chi serve il Codice Deontologico”, si possono analizzare due aspetti: l’azione del soggetto agente, e, di conseguenza, colui che “subisce” tale azione. È stato detto che la norma dovrebbe coadiuvare il professionista nella propria opera, assumendo la veste di linea guida. La norma deontologica, intesa in tal senso, potrebbe essere una risposta alle tante domande che il professionista si pone, durante la sua attività e che possono riguardare anche il semplice rapporto di colleganza, come pure, potrebbero essere intese quali principi guida da seguire e mettere in pratica.

Ma, il Codice è di estrema utilità anche per il cittadino, che ha la garanzia che colui che agisce, lo faccia non solo nel suo interesse, ma debba attenersi a determinate regole, non solo statuite dall’ordinamento giuridico, ma anche a quelle regole statuite da altri professionisti nell’interesse dell’Ordine di appartenenza. È come se il cittadino avesse una doppia fonte di garanzia: da un lato la sanzione dell’ordinamento, e dall’altra la sanzione puramente disciplinare dell’Ordine.

Da quanto sinora detto possono essere tratte le seguenti riflessioni sul piano dell’evoluzione della deontologia professionale medica, degli elaborati a tal proposito avanzati dalle Commissioni etiche, dapprima sorte in seno agli Ordini professionali locali e poi alla Federazione Nazionale Ordine dei

Medici, e sulle categorie di riflessione su temi scottanti e di attualità quali quelli proposti dalla bioetica.

Per quello che riguarda la deontologia professionale medica, si è posta la mente alla sua evoluzione nel corso del ventesimo e ventunesimo secolo: dal primo comparire di pensieri circa la figura del medico e il comportamento da tenersi nei confronti del paziente e dei colleghi, riflessioni che, come più volte detto, pur se già presenti da secoli e in un certo senso da millenni, giunsero ad una coerenza sistematica con il Codice di Sassari del 1903, almeno per quello che riguarda l'Italia.

Sono proprio i primi anni del ventunesimo secolo a far da spartiacque per la professione medica e le categorie di pensiero ad essa collegate: è, infatti, con il riconoscimento della qualifica di associazioni di diritto pubblico, e non più di meri organi di diritto privato, per gli Ordini dei Medici (riconoscimento avvenuto con l'approvazione della legge istitutiva degli Ordini professionali datata 1910, sulla scorta, però, di un disegno di legge risalente al Governo Giolitti) che la figura del professionista, ed per quanto qui di interesse dell'operatore medico, assume importanza centrale anche per l'ordinamento italiano tutto.

A tale riconoscimento è largamente intuibile che siano derivate conseguenze di non poco momento, che, in un certo senso, pur rimanendo ferma l'autonomia dell'Ordine nella definizione del proprio Codice Deontologico (che come più volte detto è un codice di autoregolamentazione), hanno avuto influenza anche sulle norme del Codice stesso.

Quanto poi all'evoluzione del Codice Deontologico si è avuto modo di osservare come questo nel corso degli ultimi decenni abbia subito un'evoluzione a trecentosessanta gradi: la trasformazione ha avuto riguardo, infatti, non solo alla quantità delle regole nello stesso previste (un aumento che ha visto un andamento altalenante che però non ha mai corrisposto ad una

riduzione della tutela delle posizioni sensibili, procedendo anzi in senso opposto) ma soprattutto nella qualità delle prescrizioni previste.

Del resto con il rapido e sconvolgente rivolgimento subito negli ultimi cinquanta anni dalla scienza medica, sia sotto il profilo diagnostico sia sotto quello strettamente terapeutico, nonché per le evoluzioni che la ricerca scientifica in genere ha incontrato (si pensi solo alle modifiche al genoma, alla possibilità di trapianti di organi, tessuti e alla donazione di cellule, solo per citarne alcuni), non poteva essere che così.

Se a tutto ciò si aggiunge il peso che la necessità di un'etica per le professioni sta assumendo in un'epoca così "confusa" di crisi dei pensieri forti e di ideologie di guida (come si è riferito nell'introduzione della presente trattazione) e, nello specifico del campo medico, il contrappeso che l'emersione di una disciplina così delicata ed imprescindibile come la bioetica ha avuto, non ci si può meravigliare che la deontologia medica sia divenuta campo di grandissimi dibattiti e diatribe dottrinarie e scientifiche.

Posizioni talvolta addirittura minimizzanti e liquidatorie della deontologia medica, si sono contrapposte a più equilibrate teorie che vogliono recuperare per tale materia uno spazio di autonomia ed operatività.

Ancora una volta, appare superfluo dire che tali ragionamenti abbiano sicuramente influito sull'elaborazioni degli ultimi Codici Deontologici Medici che proprio nei recenti decenni appena trascorsi si sono rapidamente succeduti: dalla fine degli anni settanta ne abbiamo avuti, infatti, cinque, rispettivamente approvati nel 1978, 1989, 1995, 1998 e da ultimo il cosiddetto "nuovissimo" Codice di Deontologia Medica del 2006.

Si è poi proceduto ad un'analisi dei risvolti giuridici della responsabilità medica. Dopo aver svolto delle considerazioni circa i normali tipi di responsabilità ai quali può accedere il medico nell'esercizio delle proprie funzioni, ossia quella civile e quella penale si è rapidamente passati ad osservare le ultime elaborazioni della giurisprudenza di legittimità sulla

responsabilità civile del medico e della struttura ospedaliera, investigando fattispecie quali il cd contratto di ospedalità, gli obblighi di protezione ed infine il cd contatto medico.

Infine negli ultimi due capitoli si è proceduto ad analizzare le differenze tra il Codice Deontologico Medico italiano e quello degli altri paesi europei, giungendo a constatare che vi siano comunque notevoli differenze nei portati dei codici dei singoli paesi nonostante la loro comune appartenenza all'Unione Europea, e quelle tra le prescrizioni deontologiche approvate dall'Ordine dei Medici e le regole avanzate per i propri associati da altri Ordini professionali, come quelli degli Avvocati e degli Architetti.

Da quest'ultimo studio comparato è apparso evidente che soprattutto vi sia una grandissima differenza nelle norme che concernono il rapporto tra il professionista e il terzo: quello che per l'architetto e l'avvocato è visto semplicemente come il cliente (o per meglio dire, rispettivamente il committente e la parte interessata) è per il medico il cittadino, punto nevralgico dell'attenzione e della cura dell'operatore sanitario, il quale, anche in ossequio dei delicatissimi diritti e sfere personali che con il suo intervento va ad intaccare, deve tenere nei confronti del paziente tutta una serie di comportamenti dal Codice espressamente regolati.

# BIBLIOGRAFIA

**Bentham J.**, *Deontology or the Science of Morality*, per cura di J. Bowring Edimburgo, 1834.

**Ledalcano E.**, *Dizionario di Bioetica*, Bari Laterza, 2002 .

**Mario Oppes**, *Quale futuro per la deontologia medica*, in  
Medicina e Morale 2005/02.

**Lecandano E.**, *Bioetica, Le scelte morali*, Bari, Laterza, 1999.

**Kant I.**, *Critica della ragion pratica*, Konisberg 1788.

**Scarpelli U.**, *Bioetica laica*, Milano, Baldini e Castoldi, 1998.

**Spinsanti S.**, *Etica bio-medica*, Cinisello Balsamo, ed.  
Paoline, 1988.

**D'Agostino F.**, *Bioetica*, Torino, Giappichelli, 1998.

**Gracia D.**, *Fondamenti di Bioetica*, Cinisello Balsamo, San  
Paolo, 1993.

**Di Pietro M.L., Pennacchini M.**, *La comparsa della bioetica  
nei Codici di Deontologia medica italiani*, Medicina e morale  
2002 I.

**Busnelli F.D.**, *Prefazione*, in Fineschi V. *Il Codice di  
Deontologia Medica*, Milano, Giuffrè, 1996.

**Barni M.**, *Diritti- doveri, Responsabilità del medico, dalla  
bioetica al diritto*, Milano, Giuffrè, 1999.

**Buccelli C.**, *Riflessioni in tema di Contenuti Etico-Deontologici della professione medica.*

**Anolli, L.** (2002). *Psicologia della comunicazione.* Bologna: Il Mulino.

**Bruno Angela - Cannizzo Carlotta**, *La comunicazione d'impresa: il complesso rapporto tra etica e pubblicità e tra comunicazione riservata e manipolazione*, 2006 disponibile su [www.diritto.it/](http://www.diritto.it/).

**Debray J. R.**. *Le Malade et son médecin*, [déontologie médicale](#) (1965). Réédition : Flammarion, Paris, 1992.

**A.Patroni Griffi**, *Diritti della persona e dimensione normativa nel codice di deontologia medica*, in **L.Chieffi**, a cura di, *Bioetica e diritti dell'uomo*, Paravia, Torino, 2000.

**Grigorios Leon, Chara Spiliopoulou.** *La comunicazione in Grecia.* In Atti del Convegno “Comunicare in Medicina”, Napoli, 21-23 maggio 2008.