

Forum: Il Nuovo Codice di Deontologia Medica

Francesca Giardina

Professore ordinario di Diritto privato, Università di Pisa

Quali sono i profili che più ha apprezzato della riforma?

- Tra i vari aspetti di novità, merita di essere segnalata la trasformazione del Titolo III, in precedenza destinato ai “rapporti con il cittadino” e ora dedicato ai “rapporti con la persona assistita”. Non si tratta di una semplice correzione del titolo: l’art. 20 era, in passato, costruito sull’obbligo, per il medico, di rispettare “i diritti fondamentali della persona” e appariva come fondamentale regola di comportamento dettata per il soggetto protagonista dell’attività di cura. La nuova formulazione della norma esprime una significativa attenzione per il paziente e introduce una diversa idea del trattamento medico come “relazione di cura”, dove i soggetti del rapporto assumono entrambi un ruolo decisivo, condividendo scelte e responsabilità, dirette alla ricerca di un’alleanza “fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti”. In questa nuova *prospettiva paritaria e relazionale* è indispensabile che l’informazione fornita da chi “sa” a chi “vuole sapere” sia comprensibile e completa e che, nell’incontro tra medico e paziente, trovi spazio un significativo *tempo della comunicazione e del dialogo* come parte irrinunciabile del tempo di cura. Su questa linea si pone l’obbligo, per il medico, di adeguare la comunicazione “alla capacità di comprensione della persona assistita” (art. 34, secondo comma).

- È apprezzabile la più ampia indicazione dei “*soggetti fragili*” ai quali il medico deve prestare particolare tutela. L’art. 32 non si limita

più ad indicare “il minore, l’anziano e il disabile” come specifiche figure di soggetti particolarmente bisognosi di protezione: accanto al minore compaiono “la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile”, con una indicazione meno limitativa e più attenta alle concrete esigenze della persona.

- L’art. 16 sostituisce la precedente norma dedicata all’accanimento diagnostico-terapeutico con una disposizione più articolata che impone al medico di non intraprendere né insistere con procedure e interventi che, non solo non diano fondate aspettative di un “beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita”, ma che, in primo luogo, appaiano “cl clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati”. Le innovazioni sono degne di nota: è precluso non solo l’accanimento (o “ostinazione”), ma anche ciò che poteva essere più controverso nel testo precedente: *l’inizio di una procedura o di un intervento*, per il quale è nuovo e decisivo il criterio della *proporzionalità etica*. L’astensione da un trattamento non proporzionato, inoltre, non è “in alcun caso” valutato come “comportamento finalizzato a provocare la morte” del paziente, di cui al successivo art. 17: se ne deduce, in virtù del necessario coordinamento interpretativo tra le due norme, che il medico deve accogliere la richiesta del paziente di non intraprendere o proseguire procedure e interventi eticamente non proporzionati, anche se l’astensione o l’interruzione può provocare la morte.

Quali quelli su cui vede più aspetti problematici?

- La nuova formulazione dell’art. 38, dedicato alle Dichiarazioni anticipate di trattamento, solo apparentemente attribuisce adeguata importanza alla ricostruzione della volontà

espressa dal paziente. Nel disciplinare le DAT, la nuova norma appare limitativa: sembra che il medico debba tenere conto delle sole dichiarazioni “espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un’informazione medica di cui resta traccia documentale”. La precedente disposizione, pur non dedicata a definire dettagliatamente i termini e il significato di quelle che solo la rubrica evocava come “direttive anticipate”, appariva più flessibile e lasciava più ampio margine alla possibilità di tenere conto della volontà precedentemente espressa dal paziente, purché manifestata “in modo certo e documentato”.

- Non compare più nell’art. 38 l’obbligo, per il medico “di dare adeguate informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà”, “compatibilmente con l’età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto”. Alla condizione del minore è ora dedicato l’ultimo comma dell’art. 33, che impone soltanto di “garantire al minore elementi di informazione utili” a comprendere la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico-terapeutici che lo riguardano: al medico viene richiesto di “coinvolgere” il minore e non più di rispettare la sua volontà, ma solo di tenere “in adeguata considerazione le opinioni” da lui espresse (art. 35, ultimo comma).

- Appare in ogni caso troppo decisivo, nel nuovo come nel vecchio testo del Codice, il ruolo attribuito al rappresentante legale, sia del minore che dell’incapace, il cui consenso sembra, quanto meno in prima istanza, indispensabile (art. 33).

- Inadeguati sembrano poi i riferimenti alla potestà dei genitori, istituto ormai sostituito, con il d.lgs. 28 dicembre 2013, n. 154, dalla responsabilità genitoriale che, ancor prima di cambiare il nome dell’antico istituto, aveva già

assunto, in virtù della l. 10 dicembre 2012, n. 219, nuova fisionomia, meno legata ad esigenze di sostituzione dell’incapace e più rispettosa della capacità di discernimento del figlio.

Andrea Nicolussi

Professore ordinario di diritto civile, Università Cattolica del S. Cuore, Milano

Per un codice di deontologia aperto alla coscienza e attento alla dimensione “etico-sociale” della tutela della salute

Ritengo apprezzabile che l'ordine dei medici con la versione definitiva dell'art. 22 abbia saputo resistere al tentativo di un espianto, se così si può dire, della coscienza del medico dal corpus del codice di deontologia. Infatti, la proposta di modifica (bozza 2012) non solo eliminava l'antico riferimento lessicale alla coscienza, ma addirittura restringeva la facoltà di rifiuto di prestazione professionale ai soli casi in cui vengano richiesti «interventi che contrastino con i suoi convincimenti etici e tecnico-scientifici, a meno che questo comportamento non sia di nocumento per la salute della persona assistita». Insomma, se questo tentativo fosse riuscito, persino quel che sarebbe rimasto della coscienza - i convincimenti etici - avrebbe avuto bisogno della stampella dei convincimenti tecnico-scientifici, e – altra differenza rispetto al codice attuale - gli uni e gli altri avrebbero potuto giustificare il rifiuto solo se esso non fosse stato di nocumento per la salute della persona, mentre nella codice del 2006, si richiedeva «un grave e immediato nocumento per la salute della persona».

Una chiusura del codice deontologico alla coscienza sembra invero una contraddizione. Proprio come strumento di autoregolazione etica della comunità professionale dei medici, esso presuppone il rispetto della coscienza del singolo professionista. Altrimenti, il codice si priva di quella tensione morale che lo dovrebbe alimentare e si indebolisce nella funzione di elemento istitutivo della comunità professionale. Precisamente questo rapporto di integrazione tra

momento comunitario e coscienza dei singoli giustifica, in una prospettiva costituzionale liberale e personalista (art. 2 Cost.), anche l'autonomia del codice deontologico rispetto alle leggi dello stato. Insistere sulla coscienza significa, in ultima analisi, prendere posizione rispetto al pericolo di una eterodeterminazione legale della professione medica. Questo pericolo si rende sempre più concreto e attuale negli ordinamenti contemporanei nei quali si assiste a una tendenza del legislatore a imporre al medico funzioni esecutive e a ridurre correlativamente gli spazi di autoderminazione collettiva e personale delle finalità (ends) della professione medica. Non si tratta soltanto di leggi che impongono l'obbligatorietà di certe prestazioni, le quali possono confliggere con una certa interpretazione della tutela dei valori fondamentali e degli scopi della medicina. Ma si è assistito anche, ad esempio, al tentativo imporre al medico obblighi di denuncia nei confronti dei pazienti non muniti di regolare permesso di soggiorno. Questa tendenza, dal punto di vista costituzionale, sembra inserirsi funzionalmente in una più generale operazione culturale il cui obiettivo è di sterilizzare quelli che nella costituzione vengono chiamati rapporti “etico-sociali” e tra i quali è collocato il valore della tutela della salute. In tale ottica decostituzionalizzante, la salute viene separata dalla dimensione etico-sociale, da intendere soprattutto in senso solidaristico, e la disciplina delle prestazioni mediche viene assoggettata al potere esclusivo dell'autorità politica. Soggettivismo e autoritarismo nella concezione della salute in tal senso finiscono per risultare convergenti.

La questione assume particolare rilievo anche in considerazione del continuo potenziamento tecnologico della medicina e della crescente dimensione organizzativa dei servizi sanitari che sembrano favorire un depotenziamento della

coscienza dei singoli e in generale la spersonalizzazione dell'attività medica. In tale scenario la rilevanza della coscienza nel codice deontologico è fondamentale, se non altro per mantenere aperto uno spazio di discussione e di dubbio, sebbene il codice di deontologia non possa essere l'unico strumento per evitare la riduzione del medico a individuo a una sola dimensione. Ciò peraltro non significa che gli strumenti di tutela della coscienza, come l'obiezione e la clausola di coscienza, non possano essere organizzati in modo da mantenere una dimensione cooperativa e da non degradare a mezzi di sabotaggio. Per tali profili, che trascendono il codice di deontologia, si rinvia qui al Parere del comitato nazionale per la bioetica su Obiezione di coscienza e bioetica.

Silvio Garattini

Direttore, IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

Il Codice di Deontologia Medica (18 Maggio 2014) presenta una contraddittorietà per quanto riguarda l'esercizio della "medicina alternativa" oggi definita "complementare". Infatti, all'art. 6 si stabilisce che il medico fonda la propria attività "sui principi di efficacia e di appropriatezza aggiornandoli alle conoscenze scientifiche ...".

Tale concetto è ribadito anche nell'art. 13 in cui si afferma di nuovo il principio di "efficacia clinica, di sicurezza e appropriatezza" ed inoltre segue "linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti". Sembrerebbe quindi che vengano completamente accettati i principi che vogliono fondare la medicina sull'evidenza. Tuttavia all'art. 15 "il medico può prescrivere e adottare ... sistemi e metodi ... di cura non convenzionali" ed a questo scopo "garantisce ... la qualità della propria formazione scientifica ..." anche se non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia.

È chiaro, senza la necessità di molti commenti, che ci si trova di fronte ad una imbarazzante forma di contraddizione. Infatti, se non si devono sottrarre interventi efficaci vuol dire che le terapie non convenzionali non sono efficaci. Il che in realtà è affermato anche dal recepimento dell'ultima Direttiva europea sui farmaci (2001/83/EC e successivi emendamenti) che impone, ad esempio, di scrivere sull'etichetta dei prodotti omeopatici la frase "senza indicazioni terapeutiche approvate".

La contraddittorietà di queste formulazioni e la difficoltà ad entrare nel dettaglio da parte

dell'intero Codice Deontologico sono dovute all'Accordo di Terni che ha accettato, all'interno degli Ordini dei Medici, gruppi di medici che esercitano in modo sistematico tipi di medicina non convenzionali: dall'omeopatia alla ayurvedica, dall'agopuntura ai fiori di Bach.

Ci si può chiedere quale formazione sia possibile quando si somministrano prodotti omeopatici che, date le diluizioni, contengono il nulla. È perciò importante sollevare il problema nella speranza che vengano banditi dagli Ordini dei Medici i professionisti che, di fatto, non accettano i principi di efficacia e di appropriatezza, continuando a prescrivere terapie che non hanno alcuna base di evidenza scientifica.

Sara Patuzzo

Assegnista di Ricerca e Professore a contratto in Bioetica, Deontologia medica, Logica e Filosofia della scienza, Università degli Studi di Verona

Quali sono i profili che più ha apprezzato della riforma?

- Si rileva il tentativo di superare l'espressione "accanimento terapeutico", ossimoro dato dall'associazione del concetto di "intervento con finalità terapeutica" con l'accezione negativa presente nell'azione dell'inferire con ostinazione. Il concetto viene sostituito con quello di "interventi clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati" (art. 16).
- L'idea che il tempo dedicato all'informazione data al paziente, alla quale sono finalmente affiancati i concetti di "comunicazione" e "relazione", si configuri come un *tempo di cura* (art. 20).
- Viene introdotto il tema della Pianificazione Anticipata delle Cure (PAC), ovvero l'opportunità di registrare in cartella clinica il piano degli interventi futuri in accordo con il paziente con malattia progressiva (art. 26).
- Accanto al concetto di "fragilità psico-fisica", viene introdotto quello di "vulnerabilità" relativo ai soggetti che il medico è chiamato a tutelare (art. 32).
- La maggiore attenzione per l'opinione espressa dal paziente minore d'età: anche se per la legge si tratta di un paziente *incompetent*, per il quale il consenso informato agli interventi medici è prestato da coloro che esercitano la potestà genitoriale, il nuovo Codice afferma il dovere del medico di «adoperarsi affinché al minore siano forniti elementi di informazione utili a comprendere la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico terapeutici program-

mati», al fine di «coinvolgerlo nel processo decisionale» (art. 33) e quindi tenere in adeguata considerazione le sue opinioni «in tutti i processi decisionali che lo riguardano» (art. 35).

- In tema di sessualità e riproduzione, viene eliminato il comma che sanciva la liceità dell'atto medico «unicamente al fine di tutela della salute» (art. 42).
 - Nei casi di responsabilità professionale, si esplicita che non solo il medico legale è chiamato ad avvalersi delle competenze del medico specialista, ma che anche il medico clinico è tenuto a farsi coadiuvare da un medico legale (art. 62).
 - Vengono inseriti nuovi temi bioetici, come il biopotenziamento e la medicina estetica (art. 76).
 - Viene inserito un articolo (approvato dal Ministero della Difesa) per richiamare il dovere del medico militare di rispettare, oltre ai propri Codici militari quali norme di rango primario, anche la deontologia professionale (art. 77).
 - Si cerca di disciplinare la questione della medicina informatizzata (art. 78).
- Quali quelli su cui vede più aspetti problematici?**
- Il mantenimento della struttura dell'articolato che a volte avrebbe necessitato di cambiamento anche in virtù dei nuovi inserimenti.
 - Il Codice entra troppo e sempre di più nel dettaglio della casistica, rischiando di trasformarsi in un regolamento clinico e, tra l'altro, rendendosi di difficile traduzione per il pubblico europeo.
 - Le regole previste rimangono di natura descrittiva (e non normativa): invece di essere il frutto dell'applicazione di un metodo di selezio-

ne riconosciuto dalla disciplina dell'etica, sono il risultato della rilevazione dei comportamenti più diffusi messi in atto dai medici nella loro professione.

- Il Codice insiste nel voler regolare « anche i comportamenti assunti al di fuori dell'esercizio professionale quando ritenuti rilevanti e incidenti sul decoro della professione», mancando però di precisare il concetto di “decoro” e comunque ponendo sullo stesso piano l'etica privata e l'etica professionale (art. 1).

- Tra l'altro a differenza di quanto indicato dall'OMS, il Codice limita il concetto di “salute” alla dimensione fisica e a quella psichica (art. 3), tralasciando quella sociale, ovvero interpretando questa solo come salute collettiva, “della società” (art. 5). Ma la componente “sociale” è anche un fattore costitutivo del concetto *individuale* di salute, che richiama alla vita biografica della persona e quindi al suo relazionarsi con il mondo e con l'altro da sé. Ad esempio, per alcune persone, pur essendo in salute dal punto di vista psichico e fisico (“vita biologica”), non potersi più relazionare con il mondo e con gli altri (“vita biografica”) può compromettere la propria soggettiva valutazione di vivere una vita di qualità

- Il Codice afferma il principio di “autonomia del medico” (artt. 3, 4, 13, 44, 65, 68, 69), tuttavia quella medica è una professione riconosciuta dal Legislatore e, in quanto tale, può correttamente pretendere la tutela della propria *indipendenza*, ma non rivendicare il concetto di *autonomia*, che invece si addice, nel caso specifico, al paziente in quanto titolare del diritto alla salute.

- In materia di “medicina e pratiche non convenzionali”, permane la regola che le considera atti medici (art. 15). Oltre alla decisiva questione epistemologica, troppo a lungo elusa,

ci si chiede anche su quale base metodologica sia possibile capire quali siano le pratiche non convenzionali (dai documenti della FNOMCeO sarebbero agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, medicina antroposofica, ayurvedica e medicina tradizionale cinese; per l'accordo Stato-Regioni sarebbero “solo” agopuntura, fitoterapia e omeopatia...).

- Nella nuova formulazione proposta per l'ex “accanimento terapeutico” (art. 16), la mancata esplicitazione circa la valutazione dei concetti di “non appropriatezza etica” e di “qualità della vita”, quali posti in capo al paziente sulla base della propria soggettività morale, lascia di fatto la loro ascrizione al medico.

- Sempre nella regola sugli interventi “ clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati” (art. 16), le volontà espresse dal paziente sui trattamenti medici diventano *non più vincolanti*, e ciò per altro in netta contraddizione anche con la stessa disciplina deontologica sul consenso/dissenso informato. Infatti, si afferma che il medico non sia più chiamato a *rispettare* le volontà espresse dal paziente (o dal suo rappresentante legale), ma solo a *tenerne conto*.

- Il Codice sopprime il divieto di “eutanasia”, sostituendolo con il divieto di compiere «atti finalizzati a provocare la morte», anche se su richiesta del paziente (art. 17). Tale modifica livella una formulazione tipicamente deontologica a quanto nello specifico previsto dal Legislatore con il reato penale di omicidio del consenziente (Codice Penale, art. 579). Si noti, tuttavia, l'appartenenza della pratica eutanasi non alla normativa penale, quanto alla dimensione medica. Ciò detto, il divieto predisposto dalla nuova edizione, caratterizzandosi già come un reato penale e come un atto non esclusivo

del medico, risulta un'esplicitazione evitabile, in quanto pleonastica.

- La nuova edizione del Codice intende leggere nella relazione di cura un incontro *alla pari* tra due autonomie e le correlate responsabilità (art. 20), scotomizzando una realtà che è profondamente diversa di fatto e di diritto. Inoltre, il Codice prevede così i comportamenti di entrambi gli attori (medico e paziente), essendo però frutto del pensiero di un'unica fonte.

- L'aver conservato la regola deontologica sul rifiuto dell'opera professionale in caso di contrasto con i propri convincimenti tecnico-scientifici o anche solo con la propria coscienza morale (art. 22), presenta una prassi rischiosa. Infatti, non essendo possibile definire in modo assoluto quali siano i principi morali in grado di giustificare il comportamento di rifiuto, in linea di principio questo potrebbe trovare legittimazione a partire da qualunque convinzione valoriale.

- Il Codice afferma in modo esplicito la non vincolatività delle volontà anticipate di trattamento e le limita fortemente prevedendo che vi resti traccia documentale dell'informazione medica (art. 38).

- Il termine "fecondazione" viene sostituito con quello di "procreazione" medicalmente assistita (art. 44). Nonostante risulti apprezzabile il tentativo di individuare la pratica medica in materia come riguardante non solo l'assistenza al momento fecondativo, ma anche l'insieme degli interventi (chirurgici, ormonali, farmacologici) che concernono il percorso che conduce a una nuova nascita, il termine "procreazione" apre a una dimensione teologica che forse sarebbe stato opportuno evitare in favore del più neutro e scientifico "riproduzione" (si veda ad esempio la nomenclatura anatomica di "appara-

to riproduttivo" e non di "apparato procreativo").

- Nonostante il conflitto con la normativa Antitrust in tema di pubblicità (l'Authority ha multato la FNOMCeO di euro 831.816,00, considerando il Codice deontologico di ostacolo al legittimo ricorso degli iscritti medici alla pubblicità ponendo in essere un'intesa restrittiva della concorrenza con il divieto di pubblicità comparativa e il riferimento al "decoro professionale" quale parametro vincolante di valutazione dei messaggi pubblicitari), il nuovo Codice mantiene i medesimi vincoli (art. 55).

Paolo Benciolini

Professore ordinario di Medicina Legale, Università degli Studi di Padova

Premessa: volutamente non intendo soffermarmi sui nuovi temi introdotti nel codice 2014 (medicina potenziativa, medicina militare, informatizzazione in sanità) così come su alcune delle principali questioni (dall'eutanasia all'accanimento terapeutico, alle direttive anticipate) sulle quali, almeno nelle più recenti edizioni, si è concentrata l'attenzione dei commentatori. Ho pensato di richiamare alcune formulazioni del nuovo codice forse meno evidenti, almeno ad una prima lettura, ma di indubbio rilievo sotto il duplice profilo (apprezzamento positivo, problematicità) proposto dalla redazione della rivista.

Per la prima volta viene riconosciuta e affermata l'importanza della competenza (e quindi della relativa adeguata formazione) nelle "abilità non tecniche" (artt. 3 e 19). Un medico, dunque, che nell'esercizio professionale sia in grado di accostarsi a coloro che lo interpellano non solo con gli indispensabili strumenti delle conoscenze clinico-biologiche ma capace anche di una valida relazione interpersonale.

Si collega a tale prospettiva la ribadita insistenza del nuovo codice sulla importanza di una "informazione comprensibile" e di una "comunicazione" adeguata alla "capacità di comprensione della persona assistita" (art.33, nel quale peraltro ancora una volta manca il richiamo alla importanza dell' "ascolto", ben presente invece nel codice degli infermieri). Ma, per rimanere alle innovazioni di questa edizione, va accolta con grande favore la nuova articolazione dell'art.20 (ora intitolato "Relazione di cura") e di essa con ancor maggior soddisfazione la precisazione che "il tempo della comunicazione" deve essere considerato "quale tempo di cura".

C'è da augurarsi che venga compresa l'importanza quasi rivoluzionaria di questa affermazione che, al di là delle indicazioni al singolo medico, deve imporsi a livello dell'organizzazione della sanità pubblica, consentendo tempi adeguati non solo per assicurare ai pazienti le prestazioni tecnico-specialistiche ma anche per garantire che le stesse si possano realizzare in una contesto relazionale "fondato sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti".

Non può mancare una valutazione critica del riaffiorare, in questa edizione, del termine "consenso informato". Si tratta di una questione ricorrente che ha visto alterne soluzioni nelle precedenti edizioni, fino alla (si sperava definitiva) completa scomparsa dell'aggettivo in quella del 2006 . Ora ,invece, esso è nuovamente presente, a partire dall'intitolato dell'art.35. Continuare a proporre una formula acriticamente ripresa dall' "informed consent", di fatto largamente e correntemente oggi ricondotta ad un "modulo" da sottoscrivere significa, tradendo l'ottica pedagogica che è propria di un codice di deontologia, misconoscere il valore di un processo di comunicazione-relazione che trova nella (eventuale) sottoscrizione finale solo il suo atto conclusivo. Mentre l'aggettivo ("informato") nulla può aggiungere al sostantivo ("consenso"), il valore della (eventuale) adesione del paziente rimanda necessariamente, ed in una fase ovviamente precedente, al sostantivo "informazione". Senza dimenticare il quasi lapalissiano rilievo della Cassazione: informato non deve essere il "consenso" ma il paziente.

Dove, poi, la valutazione non può che essere fortemente negativa è a riguardo della nuova formulazione dell'art. 2 ("Potestà disciplinare"). Nell'indicare l'oggetto dei comportamenti suscettibili di sanzioni disciplinari, il nuovo testo omette completamente il riferimento ad "ogni

azione od omissione comunque disdicevoli al decoro e al corretto esercizio della professione", testo invariato da molte edizioni e in grado di estendere la potestà disciplinare degli ordini ben oltre l'inosservanza o la violazione del Codice". Chi ha fatto esperienze in Commissioni disciplinari sa bene che non sempre condotte palesemente in contrasto con principi generali di ordine etico-deontologico possono essere esattamente inquadrare entro una delle previsioni testuali del Codice. Era stato da sempre riconosciuto come la formula ora richiamata consentisse di non attribuire al Codice di deontologia medica quel carattere di "tipicità" o "tassatività" che invece è proprio del Codice penale. La sua scomparsa dal testo ora novellato non appare in alcun modo giustificabile: né se dovesse risultare riconducibile a banale negligenza né, a maggior ragione, se fosse espressione di precisa volontà, finalizzata a restringere gli ambiti propri della competenza disciplinare. Nella prima eventualità dovremmo fortemente dubitare della capacità dei redattori di comprendere il significato della formula cancellata; nella seconda ci si dovrebbe seriamente interrogare sul perché di tale eventuale intenzione. Non senza ricordare agli autori di questo grave provvedimento che esso risulta palesemente in contrasto con quanto previsto (con la medesima testuale formulazione ora cancellata) dalla normativa istitutiva degli ordini delle professioni sanitarie (art.38 DPR n.221 del 5 aprile 1950).

Lorenzo d'Avack

Professore ordinario di filosofia del diritto, Università di Roma Tre

Valga una premessa. In genere si ritiene che le regole deontologiche del medico e degli operatori del settore, a fronte di una legittima autonomia della categoria, non debbano essere necessariamente conformi alla regola legislativa. Tanto più che la tesi secondo cui gli scienziati, una volta rispettata la norma, non siano eticamente responsabili delle conseguenze delle proprie azioni oggi non appare più sostenibile. E il ricercatore e il medico hanno il dovere di fare uso della propria immaginazione etica nella stessa misura in cui usano la propria immaginazione scientifica.

Malgrado, dunque, le enormi difficoltà di tipo casistico, gli operatori medici hanno una particolare responsabilità etica verso il paziente e all'interno di limiti ben definiti essi sono e dovrebbero essere attrezzati, in virtù della loro vocazione, conoscenze ed esperienze personali, a proporre delle valide scelte tra diverse alternative morali che possano impegnare la tutela della salute.

Ciò premesso, l'attuale codice deontologico su alcune vicende sanitarie più sensibili e delicate sotto l'aspetto etico sembra appiattirsi sulla regola giuridica. Potrei portare diversi esempi, ma emblematico è quanto si prevede in merito alla PMA (art. 44). Nel precedente codice venivano espressamente formulati divieti ben precisi "anche nell'interesse del bene del nascituro". Di alcuni di questi divieti nella nuova formulazione non vi è più traccia, come a pensare che per il medico non rappresenti alcun problema etico che si ricorra a una maternità surrogata o a pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce o per coppie omosessuali o a forme di fecondazione assistita successive

alla morte del partner. Di fatto, non è possibile conoscere la posizione etica della Categoria professionale in merito a questi problemi e l'Ordine si trincerava dietro la formula "nei limiti dell'ordinamento vigente".

In altri casi, dove l'indirizzo legislativo nel nostro Paese è ancora carente, la terminologia usata non fa luce sulla posizione deontologica della Categoria. Un esempio lo troviamo all'art. 17 dove la precedente definizione "eutanasia" - termine che riporta ad una fattispecie chiara nel linguaggio comune - è sostituita con "atti finalizzati a provocare la morte". Quest'ultima è espressione incerta, indefinita, che può suscitare più di un problema interpretativo, dato che non dovrebbe sfuggire all'Ordine come siano molteplici gli interventi terapeutici necessari per non far soffrire il paziente terminale o per rispettare la sua volontà che potrebbero essere letti come interventi destinati a provocarne la morte.

Ancora, incerto cosa sia consentito al medico di fare o non fare a fronte delle "dichiarazioni anticipate di trattamento" (art. 38). Sembrerebbe esclusa l'ipotesi di un rigido carattere vincolante della volontà del paziente, manifestata ora per allora, ma si potrebbe ancora pensare a un recupero del "paternalismo medico", storicamente superato, a discapito del criterio dell'autonomia del paziente. Sarebbe stato opportuno essere più chiari, eventualmente utilizzando quella terminologia, già fatta propria dalla Convenzione di Oviedo e dal CNB, che fa capire che l'obbligo del medico è di contestualizzare le dichiarazioni sotto il profilo tecnico-professionale, non allo scopo di non rispettare la volontà del paziente, ma al fine di verificare la sussistenza o meno delle condizioni cliniche e delle valutazioni scientifiche che le hanno informate.

In merito al trapianto d'organi l'art. 41 si limita a raccomandare che il medico non partecipi ad attività di trapianto nelle quali la disponibilità di organi abbia "finalità di lucro". Forse è troppo poco a fronte del commercio di organi sempre più diffuso proveniente dai Paesi poveri. Cosa pensa deontologicamente l'Ordine nei confronti del medico e della struttura medica che si prenderà cura del paziente una volta che questi abbia fatto ritorno nel nostro Paese? A sostegno di una prestazione senza condizioni si può certo richiamare l'etica medica classica, basata sulla tradizione ippocratica con la concezione della responsabilità del medico a curare in scienza e coscienza e a conservare il segreto professionale. Ma si potrebbe anche pensare, a fronte di evidenti situazioni di traffico illegale di organi, che l'obbligo deontologico del rispetto della privacy del paziente e la cura senza condizioni significhi per i medici assecondare chi commette un reato, ritenuto un crimine contro l'umanità.

Ancora, in via molto generale, dal punto di vista etimologico con "deontologia" s'intende la "conoscenza dei doveri". Nel nuovo testo, rispetto a quello del 2006, il termine "deve" tende in diverse situazioni a scomparire e in tal modo il codice si trasforma in una sorta di "gentlemen's agreements" fra colleghi, di scarsa tutela per il paziente. Non si deve sottovalutare il rischio che la deontologia medica, come quella di qualsiasi professione, da mezzo per regolamentare la condotta del medico possa diventare strumento atto ad avallare privilegi monopolistici della professione stessa, a scapito dello Stato e dei pazienti. Il rischio è il formarsi di un'etica secondo il ruolo, intesa come il riflesso di tutte quelle posizioni professionali che inducono a formulare il giudizio etico non in funzione dell'oggettività del comportamento, ma in funzione dell'utile salvaguardia del decoro, del pre-

stigio, della buona efficienza tecnica e relazionale della categoria.

Malgrado queste e altre possibili osservazioni critiche, va, tuttavia, dato merito al nuovo codice deontologico di avere aperto la riflessione su materie che sono oggetto di ricerca e sviluppo. In specie la medicina potenziativa (art.76), la medicina militare (art.77), le tecnologie informatiche (art. 78) e l'organizzazione sanitaria (art. 79).

Infine, non possiamo non considerare nel valutare il nuovo Codice che trattasi pur sempre di un testo di mediazione che affronta tematiche di notevole difficoltà, non solo scientifiche, e dove sono coinvolti valori, principi e culture diverse e contrastanti: basti pensare a quella visione "contrattualistica" dell'arte medica che si contrappone al rapporto paziente/medico prevalentemente inteso come "alleanza di cura".

Davide Mazzon

Direttore UO Anestesia e Rianimazione Ospedale di Belluno e Dipartimento Chirurgico ULSS 1; Vicepresidente Comitato di Bioetica Regione Veneto; Presidente Comitato Etico per la pratica clinica ULSS 1 Regione Veneto

Alberto Giannini

Responsabile della Terapia Intensiva Pediatrica della Fondazione IRCCS Ca' Granda – Ospedale Maggiore Policlinico di Milano; Coordinatore Gruppo di studio per la Bioetica della SIAARTI

L'articolo 38 del nuovo codice di deontologia medica ha tenuto in scarsa considerazione la realtà delle terapie intensive

Il contributo si articola con la illustrazione della proposta di modifica dell'art. 38 e con il commento all'articolo 17 del Codice di Deontologia Medica (CDM) del 2014, dal punto di vista di chi svolge la propria pratica professionale nel settore dell'Anestesia e Rianimazione. La proposta di modifica dell'articolo 38, inerente le "Dichiarazioni anticipate di trattamento" (DAT), è stata fatta pervenire alla Commissione della FNOMCEO da parte del Gruppo di studio per la Bioetica della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) ma non è stata affatto accolta dalla Commissione stessa.

In particolare, l'art. 38, nella sua versione entrata nel CDM del 2014, sembra addirittura richiamare nel primo periodo lo spirito del ddl Calabria, connotato da contenuti illiberali, antiscientifici, antideontologici e anticostituzionali, che fortunatamente non si è trasformato in legge dello Stato. Inoltre, in questo articolo, come peraltro in tutto il CDM, l'unico riferimento alla rete di prossimità del paziente incapace è il "rappresentante legale", mentre i prossimi congiunti ed i familiari del paziente incapace, con i quali i curanti si rapportano ogni giorno anche per ri-

costruirne il sistema valoriale e rispettarne l'autonomia, non trovano menzione nemmeno una volta.

I riferimenti per le nostre proposte di modifica, sono contenuti nei seguenti documenti della SIAARTI, approvati dal Consiglio Direttivo della stessa:

- Raccomandazioni S.I.A.A.R.T.I. per l'ammissione e la dimissione dalla T.I. e per la limitazione dei trattamenti in T.I. *Minerva Anestesiol* 2003; 69: 101-118.
- Le cure di fine vita e l'Anestesista-Rianimatore: raccomandazioni S.I.A.A.R.T.I. per l'approccio al malato morente. *Minerva Anestesiol* 2006; 72; 927-963.
- Grandi Insufficienze d'organo "End-Stage": Cure Intensive o Cure Palliative? Documento Condiviso per una pianificazione delle scelte di cura, 2013.

http://www.siaarti.it/informa/informa_leggi.php?page=informa&id=171

PROPOSTA DI MODIFICA DELL'ARTICOLO 38: "Dichiarazioni anticipate di trattamento"

Si ritiene che la versione dell'articolo 38 del CDM inerente le DAT del 2006 sia ancora perfettamente coerente con:

- l'art 9 della Convenzione Europea per i diritti dell'uomo e la biomedicina, entrata nell'ordinamento italiano con la legge n° 145 del 28/3/2001;
- il documento sulle DAT del 18/12/2004 approvato all'unanimità dal Comitato Nazionale di Bioetica (CNB);
- il recente documento del Consiglio Nazionale FNOMCEO sulle DAT (Terni, 13/6/2009) in cui si fa riferimento all'art. 38 del CDM del

2006 come espressione di opportuno bilanciamento tra il diritto all'autonomia del cittadino e l'obbligo di garanzia proprio del medico.

Riteniamo quindi sia da preferire il primo periodo della precedente versione dell'art. 38 e che, in armonia con le "Raccomandazioni bioetiche conclusive" del sovra citato documento sulle DAT del CNB, le DAT assumono il più alto valore dal punto di vista bioetico se espresse in forma scritta e documentata, meglio se stilate con l'assistenza di un medico, ma che siano comunque da tenere in considerazione le testimonianze certe di DAT pregresse, anche non formalizzate, riportate dai familiari.

Riteniamo inoltre ineludibile fornire al Medico un principio di riferimento in quei numerosi in casi in cui egli, non avendo a disposizione DAT espresse in modo certo e documentato, deve cercare comunque di operare ricostruendo la personalità e il sistema valoriale della persona incapace per discostarsene il meno possibile. Quest'ultima tematica è esaurientemente trattata nell'articolo "Per un diritto Gentile in Medicina: una proposta di idee in forma normativa", del Prof. P. Zatti, pubblicato su "La nuova Giurisprudenza Civile commentata" del Gennaio 2013 che in questo modo individua il comportamento che il medico dovrebbe assumere in tale circostanza: « Il medico che assista la persona incapace o non in grado di autodeterminarsi deve, anche in assenza di dichiarazioni anticipate, assicurare alla persona il pieno rispetto di quanto caratterizza la sua identità e a tal fine deve tenere in considerazione, come fondamento delle decisioni terapeutiche, ogni dichiarazione, manifestazione o condotta di cui si abbia certa conoscenza, che indichi in modo inequivoco le convinzioni e preferenze della persona stessa con riguardo al trattamento medico, soprattutto nella fase finale della sua esistenza, evitando ogni procedura diagnostica e/o trat-

tamento terapeutico clinicamente ed eticamente inappropriato».

Per tali motivi, la SIAARTI ha proposto la riscrittura dell'art. 38 in questa veste:

"Art. 38: Dichiarazioni anticipate di trattamento": proposta SIAARTI

"Il medico si adopera affinché - ogniqualvolta sia possibile - la pianificazione anticipata del percorso di cura si espliciti in un documento di dichiarazioni anticipate di trattamento, sottoscritto e datato da persona capace, testimoniando in tal modo scelte libere e consapevoli circa le procedure diagnostiche e i trattamenti terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in caso di incapacità a esprimere volontà attuali.

Il medico, nel tenerne debito conto, contestualizza le dichiarazioni anticipate di trattamento al fine di verificare - sulla base del progetto di vita e dell'universo valoriale della persona - la sussistenza o meno delle condizioni cliniche e delle valutazioni tecnico-scientifiche che le hanno informate.

Il medico coopera con il rappresentante legale nel perseguire il migliore interesse del paziente.

Qualora il paziente sia incapace, il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento e orienta i suoi atti diagnostici e terapeutici alla tutela della salute, al rispetto della dignità e della qualità della vita, evitando ogni trattamento diagnostico e/o terapeutico clinicamente inappropriato ed eticamente non proporzionato.

A fronte della necessità di decisioni particolarmente complesse per una persona incosciente, soprattutto verso la fine della vita, ove non vi sia stata una tempestiva pianificazione anticipata del percorso di cura, il medico, assieme agli altri professionisti sanitari coinvolti nel percorso di

cura e assistenza del malato, ricostruisce - per quanto possibile attraverso l'apporto dei familiari - il progetto di vita della persona e vi adegua le conseguenti decisioni cliniche".

Come detto in premessa, la proposta della SIAARTI non è stata accolta e l'articolo 38 stilato dalla Commissione per la stesura del CDM della FNOMCEO non ha subito alcuna modifica conseguentemente ad essa, rendendo tale articolo pressoché inapplicabile nell'area delle Terapie Intensive.

COMMENTO ALL'ARTICOLO 17: "Atti finalizzati a provocare la morte"

Desideriamo esprimere la nostra piena approvazione per la sostituzione, all'art. 17, del termine "EUTANASIA" con l'allocuzione "Atti finalizzati a provocare la morte". Si tratta di una modifica necessaria in quanto nel nostro paese la parola "eutanasia" viene usata come un "ombrello", sotto il quale vengono fatte ricadere tutte le modalità "non naturali" del morire: dall'eutanasia in senso stretto, ovvero la soppressione intenzionale della vita di una persona su sua richiesta, fino alla desistenza dai trattamenti clinicamente ed eticamente inappropriati (il che non è affatto un atto eutanasiico bensì un comportamento eticamente, deontologicamente e clinicamente corretto), al legittimo rifiuto di cure da parte del malato in grado di comprendere e decidere per sé, al rispetto delle DAT quando esso comporta la interruzione di trattamenti, anche se questo può comportare la morte del paziente. Addirittura, il termine "Eutanasia" viene talora adottato per definire gli stermini o i singoli assassini perpetrati dalla barbarie nazista. Invece, lo stesso Comitato Nazionale di Bioetica aveva affermato già nel 1995 come fra le varie situazioni succitate "... l'unica a meritare propriamente la qualifica di eutana-

sia, è l'uccisione diretta e volontaria di un paziente terminale in condizioni di grave sofferenza e su sua richiesta ...".

La nuova versione dell'art. 17 pone rimedio all'uso improprio e fuorviante del termine "EUTANASIA", inquadrandolo finalmente nell'unica fattispecie in cui esso può essere correttamente applicato.

Maurizio Benato

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Fnomceo

La rapida evoluzione e trasformazione del contesto sociale in cui si esercita la medicina ha richiesto un nuovo aggiornamento del nostro codice deontologico. La deontologia investe infatti il medico per il suo ruolo sociale e relazionale e non certo per la sua coscienza di individuo che come ogni altro uomo, matura nella sua coscienza valori etici, li gerarchizza e li sottopone al vaglio della sua ragione e della sua morale. È proprio per questo ruolo che il medico deve saper confrontarsi con le mutate attese del paziente, il valore delle sue scelte personali anche in questioni controverse che possono riguardare il corpo e la propria vita e che, tra l'altro, sempre di più ci confermano che l'autonomia decisionale del cittadino sta diventando un valore assoluto. Ma non è certo solo un problema di natura antropologica: oggi il medico è chiamato a rispondere ad ulteriori interrogativi che riguardano i problemi delle risorse in sanità e la stessa organizzazione sociale della medicina, il rapporto con le altre professioni sanitarie all'interno del cosiddetto "governo clinico", che sottende formazione, pratica clinica basata sulle prove di efficacia, su programmi di prevenzione e gestione dell'errore in una coevoluzione professionale gestionale.

Il medico deve prendere atto che si è ormai concluso definitivamente il passaggio dall'etica alla bioetica, passaggio sostenuto da almeno tre prerogative peculiari: sul piano filosofico morale la fine del paternalismo medico e la conseguente affermazione del principio di autonomia; sul piano scientifico la sbalorditiva e velocissima convergenza di medicina, bioscienze e biotecnologie e sul piano organizzativo la divaricazione sempre di più evidente tra contenuti della me-

dicina e il contenitore sanità nonostante che entrambe abbiano scopi interdipendenti, interconnessi e circolari.

Ripensare allora la deontologia per i medici significa entrare in tutte le articolazioni della tutela sanitaria con i suoi limiti amministrativi, nel divario crescente tra risorse e domanda che impegna il medico a compiere delle scelte secondo criteri condivisi, con i suoi limiti terapeutici che impongono il rispetto dei valori soggettivi del paziente, con i suoi limiti antropologici che richiamano costantemente a considerare la vita come intrinsecamente finita, e che è premessa per armonizzare il rispetto della sua sacralità con la promozione della sua qualità.

Aggiornare i doveri significa allora recuperare il senso più profondo di cura dove scienza, cultura, valori, sensibilità, utilità, modalità e soprattutto la personalizzazione permettono di accedere al malato quale persona per consolidare l'alleanza terapeutica.

Pertanto oggi il nuovo codice si presenta non solo come un monito forte verso le istituzioni e la società nel suo complesso ma anche come una affermazione solenne e priva di equivoci sul fatto che la professione è in grado di cogliere i mutamenti di pensiero nella società che declina la pratica medicina. Un monito al potere legislativo, in sintonia con la costante giurisprudenza costituzionale, secondo il quale la regola di fondo dell'esercizio professionale poggia indiscutibilmente sulla autonomia nella responsabilità del medico nonostante le tante prevaricazioni politico-amministrative sulla realtà clinica degli ultimi anni. Da medico che ha contribuito alla nuova stesura, avrei preferito una impostazione del tutto nuova negli enunciati e nell'articolazione dei doveri, nuova proprio per poter assicurare al Codice quella moderna valenza di strumento utile al medico che deve ci-

mentarsi continuamente con valori e aspettative sociali spesso estranee alla sua formazione culturale.

Avrei preferito un articolato più snello corredato da note applicative più confacenti a modifiche veloci, in cui i valori della professione e i principi della bioetica afferenti ai diritti della persona umana, alle nuove modalità e strumenti organizzativi, avessero permesso al medico una maggiore comprensione dei suoi doveri, facendogli anche intravedere i nuovi scopi della professione. È prevalsa invece una scelta prudente in linea con il passato limitando l'aggiornamento ad alcune importanti novità che affrontano il cambiamento dell'approccio tradizionale alla cura.

Le opportunità offerte dallo sviluppo di internet stanno modificando radicalmente gli scenari applicativi in sanità e medicina. Se fino a qualche tempo fa il *focus* delle applicazioni si concentrava solo sulla *Information and Communication Technology - I&CT* (telemedicina, e-service, e-government), oggi siamo di fronte alla presenza di una rete informatica che trascina e condiziona l'informazione subordinandola alle nuove esigenze di comunicazione e integrazione in tutti i campi, configurando una compenetrazione tra assistenza sanitaria, tecnologie informatiche e decisioni nell'ambito della cura. È tale la trasformazione che alcuni studiosi propongono una nuova categoria concettuale che, superando il concetto derivato dalle innumerevoli applicazioni, possa ricomprendere il fenomeno in termini onnicomprensivi: la *CYBERMEDICINE*. Un concetto che esprime meglio la messa in rete di una vasta comunità di interessi in sanità e medicina tra diversi soggetti sempre più interdipendenti e con la necessità di scambio comunicativo (istituzioni nazionali e locali, aziende sanitarie pubbliche con le loro organizzazioni territoriali, le organizzazioni sanitarie private, i

professionisti della salute, le farmacie e tutto il settore farmaceutico, le società di servizi, le associazioni del volontariato e dei cittadini ecc.).

Sono tutti soggetti che si muovono con il comune obiettivo di un reale coinvolgimento al fine di una tutela di qualità della salute. L'estendersi dell'informazione ad un maggior numero di persone (sanitari, tecnici, amministrativi) in un'attività di équipe, il conseguente dilatarsi delle persone inserite nella filiera della cura, da un lato ha superato il rapporto dualistico medico-paziente, da sempre baluardo della tutela della privacy, dall'altro ha indotto nuovi fenomeni sociali legati agli inediti processi di condivisione e fruizione delle informazioni mediche (o comunque inerenti alla salute) forniti dalle applicazioni informatiche (WEB).

La nuova stesura del codice intercetta (art. 78 e allegato applicativo) l'uso di questi nuovi strumenti che arriva persino a modificare la stessa cornice concettuale della medicina. Sono questi strumenti che, saldandosi alle attuali tecnologie biologiche, permettono di riproporre in termini nuovi il concetto di "malato" con la sua singolarità e specificità. L'origine della convergenza si fonda a livello della nano-scala, ovvero lo studio dei fenomeni che interessano la materia su una scala nell'ordine di un milionesimo di millimetro, per cui sostanzialmente, si arriverà ben presto a comprendere non solo il modo in cui gli atomi si combinano in molecole, ma anche le leggi che regolano l'aggregazione molecolare in strutture polimeriche.

Ciò consentirà di manipolare la materia con le conseguenze che costruiremo molecole artificiali ad hoc quali strumenti costitutivi necessari per supportare la cosiddetta medicina personalizzata (*personalized health care*) che prospetta, l'individuazione di nuovi agenti non solo terapeutici, non solo migliorativi ma potenziativi per

l'uomo. Ecco allora l'innovazione prevista nell'articolo 76 dal titolo medicina "potenziativa". Con i progressi nel campo delle nanotecnologie, dei micro-elettro-meccanici, dell'ingegneria genetica, della robotica, della scienza cognitiva, della tecnologia dell'informazione, della farmacologia e di altri campi saranno possibili le costruzioni di organi o di tessuti per il trapianto e la riparazione di funzioni sensoriali compromesse. Ma c'è un nuovo dato importante: il passaggio dalla biotecnologia alla biologia sintetica, supportata dalle nanotecnologie, non si muove più entro l'ottica riparativa o sostitutiva, ma si dirige speditamente verso una vera e propria creazione di nuovi apparati biologici con funzioni "potenziative" umane. E allora dobbiamo chiederci dove si trovi il confine dell'umano, cioè fin dove possiamo dire di muoverci ancora all'interno della specie umana per legittimi fini migliorativi e quando invece siamo decisamente usciti da essa verso il transumano e oltre l'umano.

Sono applicazioni che rendono molto labile il confine tra la medicina e la manipolazione biologica e che comportano una voragine nella riflessione etica con tante, tantissime domande. Mi limito ad alcune: in quale direzione incanalare il miglioramento? in modo collettivo o lasciando al singolo la propria autonomia? si deve perseguire l'ideale statico di natura umana o come dimostra la nostra storia evolutiva un ideale di perfezione continua?

È innovativa anche la rivisitazione dell'articolo 5 sull'Ambiente che sposta l'attenzione dal modello di difetto della malattia ai potenziali di salute correlati con gli ambienti sociali ed istituzionali della vita di tutti i giorni. Il rapporto salute-malattia, centrale oggi nella riflessione bioetica, è visto al tempo stesso non solo come uno dei processi più intimi della persona, ma anche come uno dei fenomeni più legati alla vita colletti-

va e obiettivi di coesione sociale. A livello concettuale con questo articolo si stabilisce il superamento dell'approccio alla salute focalizzandosi sull'individuo nel suo ambiente naturale per considerare l'ambiente in maniera globale con tutte le note influenze dei fattori di differenza culturale, economica e politica.

Negli ultimi anni la medicina militare è un tema ricorrente nella riflessione morale italiana. La Fnomceo ha voluto contribuire al dibattito proprio perché la professione militare e del medico militare in particolare ha acquisito nella nostra società un'importanza sempre più crescente, dovendo rispondere ai bisogni sociali, economici e culturali della società e questo vale ancor più ora, visto che chi tra i medici indossa oggi le stelletto lo fa per sua scelta e con una aspettativa di auto realizzazione professionale. In tutte le istituzioni sta crescendo il bisogno di affinamento delle doti morali e di miglioramento del comportamento individuale, perché da questi aspetti dipendono la fiducia, la stima, la considerazione nonché l'approvazione da parte dei cittadini. Ecco allora la necessità di delineare all'interno del codice di deontologia medica (art. 77) un percorso condiviso con l'Ispettorato Generale Sanitario Militare che ha portato a definire alcune norme comportamentali – norme che peraltro sono già assodate e di fatto applicate - in ambiti in cui queste tematiche non hanno ancora raggiunto il rango di disposizione normativa vincolante. È singolare e istruttivo quanto afferma il Procuratore Generale Militare dott. Antonio Sabino: « l'art. 77 del nuovo codice di deontologia medica costituisce una sorta di monito finalizzato a ricordare al medico militare che egli è prima di tutto un medico e poi un militare, ... l'art. 77 raggiunge, nelle condizioni date, un ragionevole punto di equilibrio, anche se occorrerà ancora qualche coraggioso sforzo non solo da parte della classe medica chiamata

a regolamentare i profili deontologici della professione, ma anche da parte del legislatore nazionale che, nel momento in cui troverà il modo di porre rimedio alle lacune e alle irrazionalità esistenti nell'attuale assetto normativo, soprattutto per le missioni armate fuori area, dovrà tener conto anche delle esigenze della medicina militare».

L'implementazione che ha fatto molto discutere e che per la prima volta ha trovato una sua collocazione nel codice è la definizione di "Atto Medico". Da tempo si era ravvisata l'opportunità di avere una norma cui poter far riferimento poiché manca una definizione da un punto di vista giuridico. Il giudice, infatti, non ritrova la definizione di atto medico racchiusa in una espressa previsione normativa e pertanto deve farla derivare da parametri normativi esterni, come le leggi istitutive degli ordini professionali o la disciplina normativa dell'esame di abilitazione o degli studi universitari di medicina. La Suprema Corte ha tracciato nel passato una lettura per così dire funzionale e finalistica dell'atto medico, secondo la quale si dovrebbe considerare atto medico ogni atto finalizzato alla profilassi ed alla diagnosi delle malattie, nonché alla prescrizione dei rimedi per curarle anche se diversi da quelli tradizionali ed ordinariamente praticati. Nel criterio che discerne tra atti tipici e riservati, e non, il concetto portante però non fa riferimento alle finalità di diagnosi e terapia della prestazione del medico ma al tipo di attività praticata se di fatto rientra o meno, tra le discipline oggetto di studio e di valutazione nell'esame di Stato. Altre considerazioni portano alla conclusione che siamo di fronte ad una catalogazione storica quindi non fissa ed intangibile, collegata alla evoluzione della scienza medica, alle nuove acquisizioni tecnologiche, ai nuovi modelli di organizzazione sanitaria ed allo stesso mutamento di contenuto dei piani di

studio universitari e post-universitari. Pertanto atti prima riservati al medico possono essere trasferiti ad una categoria professionale sanitaria diversa, categoria che abbia acquisito la necessaria competenza per la loro corretta esecuzione previsione tra l'altro presente nella legge istitutiva della professioni sanitarie. Sono queste le considerazioni che hanno portato il Consiglio Nazionale degli Ordini a valutare l'inserimento nel codice deontologico della definizione indiretta di atto medico facendo riferimento alle attività svolte dal medico pur con tutte le difficoltà e criticità di una tale definizione. Mi permetto una ulteriore considerazione sul rapporto complesso tra codice deontologico e diritto ovvero se il Codice deve anticipare o seguire la legislazione argomento oggetto di discussione molto accalorata nei momenti che hanno preceduto la nuova stesura del codice. È pacifico che il Codice deontologico non rappresenti una fonte primaria di diritto, ma abbia carattere extra-giuridico e pertanto l'inosservanza dei doveri in esso contenuti non dia luogo necessariamente a condotte colpose di rilevanza penale o civile, ma solo disciplinare. D'altro canto il codice, intervenendo nella disciplina dell'esercizio professionale in un contesto sociale, non può essere avulso da influenze legislative, in quanto il medico recita un ruolo nel consorzio civile. Pertanto lo strumento disciplinare non può porsi in antitesi con le leggi dello Stato, per cui l'orientamento presente nella giurisprudenza circostanza le norme del codice quali precetti extragiuridici e, nell'applicazione in ordine alla responsabilità professionale, li classifica dopo le norme del codice civile o penale. Questa forte limitazione degli ambiti di intervento del codice deontologico porta diversi autori a marginalizzare il significato della nostra fonte, con affermazioni che si scontrano con la realtà di tutti i giorni specialmente su temi deli-

cati quali l'accanimento terapeutico o l'eutanasia, dove manca un accordo politico in grado di assicurarci una norma per garantire il massimo pluralismo. In queste condizioni che tra l'altro sono sempre più frequenti per l'impasse legislativo e lo sviluppo tumultuoso della scienza biologica e delle sue sempre nuove applicazioni, il codice deontologico può assumere un valore che supera il mero "insieme di doveri che competono al medico nell'esercizio della sua professione" per diventare uno strumento in grado di delineare percorsi nuovi nell'affrontare le questioni poste dalle nuove frontiere della medicina. È proprio per questo motivo che ritengo che il codice resti appannaggio nella sua stesura dell'autogoverno della professione mantenendo il suo carattere extragiuridico. Ho affermato all'inizio che la deontologia investe il medico per il suo ruolo sociale e relazionale e non certo per la sua coscienza di individuo anche se l'espansione della medicina nella sua prassi non può mettere in secondo ordine i problemi filosofici morali relativi al senso della vita, al valore dell'individuo umano e non possono mettere, oggi più che mai, in secondo ordine quella scala assiologica che vede l'irrinunciabile essenza dell'io al vertice delle preoccupazioni del medico. L'etica personale non è sicuramente sufficiente ma, d'altro canto, non si deve nemmeno abusare del significato della deontologia in tutte le sue accezioni come voler mettere la deontologia al di sopra di tutto, quando invece, la deontologia è l'ipotenusa di un triangolo che unisce la pratica e la teoria. È il collante che coadiuva il medico nelle scelte da operare e nei comportamenti da tenere nella prassi; una funzione squisitamente coadiuvante e mai di sostituzione del pensiero morale proprio del medico. Ecco allora il problema: può esercitare una funzione intesa in tal senso se il soggetto non si relaziona più moralmente

nell'esercizio professionale come avveniva per le epoche passate? Non mi addentro nella analisi e mi limito ad affermare che la validità di tale collante tra mondi spesso lontani, come assistiamo spesso, nella relazione della cura sarà tanto più valida quanto la norma deontologica saprà interpretare le esigenze della contemporaneità.