

## Criteri guida e codificazione deontologica: un modello efficace per le professioni sanitarie

Flavio La Gioia, Antonio Cerchiaro, Massimo Burgio\*

GUIDING CRITERIA AND ETHICAL CODIFICATION: AN EFFECTIVE MODEL FOR HEALTHCARE PROFESSIONS

ABSTRACT: The Italian regulatory framework has strengthened the role of codes of ethics for healthcare professions, giving them legal relevance in the evaluation of professional conduct. They guide ethical decisions, support the development of skills, and contribute to training. For ethical principles to translate into effectively applicable operational standards, their drafting must be inspired by certain guiding criteria. This article aims to provide a useful reference for those involved in the development and revision of codes of ethics, healthcare professionals, and students.

KEYWORDS: codes of ethics; professional ethics; healthcare professions; professional responsibility; ethics education.

ABSTRACT: Il quadro normativo italiano ha rafforzato il ruolo dei codici deontologici delle professioni sanitarie, conferendo loro rilevanza giuridica nella valutazione della condotta professionale. Essi orientano le scelte etiche, sostengono lo sviluppo delle competenze e contribuiscono alla formazione. Affinché i principi etici possano tradursi in norme operative effettivamente applicabili, la loro redazione deve ispirarsi ad alcuni criteri guida. Il contributo intende offrire un riferimento utile a chi partecipa ai processi di elaborazione e revisione dei codici deontologici, ai professionisti sanitari e agli studenti.

PAROLE CHIAVE: codici deontologici; etica professionale; professioni sanitarie; responsabilità professionale; formazione etica.

\* Flavio La Gioia: Avvocato cassazionista, libero professionista. Mail: [avvflaviolaGioia@gmail.com](mailto:avvflaviolaGioia@gmail.com). Antonio Cerchiaro: Tecnico sanitario di radiologia medica, E.O. Ospedali Galliera, Genova. Presidente dell'Ordine dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (Ordine TSRM e PSTRP) di Genova, Imperia e Savona. È stato componente del Comitato centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP) con delega all'etica e alla deontologia. Mail: [antonio.cerchiaro64@gmail.com](mailto:antonio.cerchiaro64@gmail.com). Massimo Burgio: Tecnico sanitario di radiologia medica, IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO), Roma. Docente a contratto, Università Campus Bio-Medico, Roma. È stato componente del consiglio direttivo dell'Ordine TSRM e PSTRP di Roma e provincia, e consulente della FNO TSRM e PSTRP. Mail: [burgiomassimo@tiscali.it](mailto:burgiomassimo@tiscali.it). Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

SOMMARIO: 1. Premessa – 2. Coerenza normativa – 3. Chiarezza espositiva – 4. Contestualizzazione operativa – 5. Flessibilità temporale – 6. Partecipazione professionale – 7. Conclusioni.

## 1. Premessa

Nell'ordinamento italiano, la Legge 42/1999 ha riconosciuto l'autonomia e la responsabilità delle professioni sanitarie, definendo il campo proprio delle attività anche in relazione ai codici deontologici<sup>1</sup>; la Legge 3/2018 ha imposto a ciascuna professione l'obbligo di dotarsi di un codice deontologico, affidandone redazione e aggiornamento alle Federazioni nazionali<sup>2</sup>.

Il codice deontologico assolve a una triplice funzione: *etica*, come espressione della coscienza collettiva che orienta le scelte quotidiane<sup>3</sup>; *normativa*, in quanto stabilisce obblighi vincolanti per gli iscritti agli ordini<sup>4</sup>, costituendo un riferimento per la valutazione della condotta professionale – poste in essere anche al di fuori dell'attività lavorativa<sup>5</sup> – senza tuttavia configurarsi come norma statale, a differenza di quanto avviene in altri Paesi<sup>6</sup>; *formativa*, in quanto strumento centrale nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti<sup>7</sup>.

Le trasformazioni in atto nel sistema sanitario – come il crescente impiego dell'intelligenza artificiale, l'innovazione tecnologica e l'evoluzione dei modelli organizzativi – rendono evidente l'esigenza di aggiornare i codici deontologici. Tale necessità è stata confermata dall'esperienza maturata nel progetto di revisione dei codici delle professioni afferenti alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP), concluso a gennaio 2025, che ha messo in luce la complessità del processo e la rilevanza di un approccio metodologico rigoroso.

<sup>1</sup> Il passaggio da “*professione sanitaria ausiliaria*” a “*professione sanitaria*” ha comportato rilevanti conseguenze giuridiche, deontologiche e professionali. Inoltre, il legislatore ha sottolineato che il campo proprio di attività e responsabilità è determinato dai profili professionali, dagli ordinamenti didattici e dai codici deontologici. Legge 26 febbraio 1999, n. 42, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*, art.1, cc. 1 e 2.

<sup>2</sup> Le federazioni nazionali sono tenute a predisporre e aggiornare i codici deontologici, mentre gli ordini professionali devono applicarlo nell'attività di vigilanza sugli iscritti. Legge 11 gennaio 2018, n. 3, *Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute*, capo III, art.7, c.3.

<sup>3</sup> I codici deontologici regolano l'esercizio professionale e orientano il comportamento etico degli operatori sanitari. D. COLLINGS-HUGHES, R. TOWNSEND, B. WILLIAMS, *Professional codes of conduct: A scoping review*, in *Nursing Ethics*, 29, 1, 2022, 21ss.

<sup>4</sup> Le Sezioni unite della Corte di cassazione hanno stabilito che le norme dei codici deontologici – nel caso di specie forensi – costituiscono vere e proprie fonti normative, integrando il precetto legislativo. *Cassazione, Sezioni Unite*, 8 marzo 2022, n. 7501.

<sup>5</sup> Il Consiglio Nazionale Forense ha stabilito che i principi del Codice deontologico – nel caso di specie forensi – sono valori da osservare anche al di fuori dell'attività professionale. *Consiglio Nazionale Forense*, sentenza del 2024, n.352.

<sup>6</sup> In Francia il codice di deontologia medica è integrato nella parte regolamentare di un codice statale “*code de la santé publique*”. E. PULICE, *Introduzione: il nuovo Codice di deontologia medica*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2015, 2, 9 ss.

<sup>7</sup> Nella formazione infermieristica, i codici deontologici sono utilizzati per insegnare e apprendere la professionalità, la pratica etica e i valori professionali. O. NUMMINEN, H. KALLIO, H. LEINO-KILPI, L. STOKES, M. TURNER, M. KANGASNIEMI, *Use and impact of the ANA Code: a scoping review*, in *Nursing Ethics*, 2024, 31, 8, 1392 ss.



Il contributo individua i principali criteri guida — *coerenza normativa, chiarezza espositiva, contestualizzazione operativa, flessibilità temporale e partecipazione professionale* — intesi come strumenti metodologici fondamentali per la redazione di un codice deontologico delle professioni sanitarie, in grado di coniugare solidità concettuale ed efficacia applicativa.

A tal fine vengono richiamati, a titolo esemplificativo, alcuni passaggi tratti dai codici deontologici di diverse professioni sanitarie italiane, così da evidenziarne le scelte metodologiche e, in chiave teorica, le possibili criticità interpretative, nel quadro di un confronto responsabile e costruttivo.

L'obiettivo finale è proporre un modello di riferimento utile a quanti partecipano ai processi di elaborazione e revisione dei codici deontologici, ai professionisti sanitari chiamati a confrontarsi con sfide etiche sempre più complesse e agli studenti che si avvicinano alla pratica sanitaria.

## 2. Coerenza normativa

La *coerenza normativa* costituisce un importante criterio guida per la redazione di un codice deontologico delle professioni sanitarie, poiché assicura che le norme non siano formulate in modo isolato o disomogeneo, ma risultino armonizzate sia al loro interno, sia con l'ordinamento giuridico.

In primo luogo, è fondamentale che i codici deontologici garantiscano il rispetto dell'ordinamento giuridico. Le norme deontologiche non possono essere in contrasto con le disposizioni di legge o con i principi costituzionali; piuttosto, è opportuno che si integrino con essi<sup>8</sup> o li anticipino, quando rappresentano l'unico riferimento disponibile per l'orientamento del professionista<sup>9</sup>. Qualora tale coerenza venisse meno, prevalgono necessariamente le disposizioni di legge, espressione diretta della volontà legislativa e presidio del principio di legalità<sup>10</sup>.

In secondo luogo, riveste importanza che le norme deontologiche siano coerenti con i profili professionali di riferimento<sup>11</sup> — ovvero con gli atti normativi che definiscono competenze, funzioni e responsabilità — così da garantire il pieno riconoscimento dell'identità propria di ciascuna professione ed evitare contraddizioni con la normativa vigente, poiché tali profili sono stabiliti direttamente dal legislatore.

<sup>8</sup> Le norme deontologiche possono integrarsi con le disposizioni legislative, nel caso di specie con Legge n. 219 del 2017 sulla pianificazione condivisa delle cure: «[...] ha indotto i professionisti sanitari a disciplinare esplicitamente alcuni aspetti della procedura, prevedendo la loro partecipazione, quasi ad opportuno chiarimento dei sintetici disposti della legge n. 219». D. RODRÍGUEZ, *La pianificazione condivisa delle cure e la codificazione deontologica*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 1, 2025, 38 ss.

<sup>9</sup> La riflessione deontologica può precedere quella giuridica quando rappresenta l'unica guida disponibile: «In alcuni casi, infatti, la riflessione deontologica anticipa quella giuridica, rispondendo all'esigenza di porsi come concreta, spesso unica, guida pratica per il professionista». E. PULICE, *Autonomia e responsabilità medica: la scelta deontologicamente (dis)orientata*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 1, 2019, 242 ss.

<sup>10</sup> Le norme deontologiche non possono prevalere su quelle legislative: «La norma deontologica ha natura di precetto extra-giuridico ed è destinata a ritrarsi nel momento in cui lo spazio che occupa viene raggiunto dalla regolamentazione giuridica». L. BENCI, *Consenso informato, DAT e codice di deontologia medica: le ragioni della prevalenza legislativa*, in *Quotidiano Sanità*, 21 gennaio 2018. [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=58154](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=58154) (ultima consultazione 13 settembre 2025).

<sup>11</sup> Il richiamo esplicito ai profili professionali del legislatore implica che un codice deontologico, per essere legittimo, debba rispettare le competenze stabilite da tali documenti. Legge 10 agosto 2000, n. 251, *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*, art. 1.

Infine, è altrettanto importante che le norme deontologiche non contraddicano i quattro principi dell'etica biomedica, ma ne rappresentino un'articolazione operativa, così da offrire ai professionisti un quadro etico di riferimento chiaro e affidabile per l'agire quotidiano<sup>12</sup>. Dunque, la *coerenza normativa* è condizione imprescindibile affinché il codice deontologico sia realmente applicabile nella pratica quotidiana; in sua assenza, il codice rischierebbe di generare confusione e di essere esposto a contestazioni in sede giudiziaria e disciplinare.

Un esempio concreto di applicazione di tale criterio si osserva nel Codice deontologico degli infermieri<sup>13</sup>. In particolare, gli articoli 4, 17 e 19 appaiono in coerenza con le disposizioni normative che sanciscono i principi del consenso informato e dell'autodeterminazione, declinandone i contenuti in regole comportamentali e assicurando, in tal modo, una continuità tra il quadro giuridico e i valori etici fondamentali.

L'articolo 4 richiede all'infermiere di coinvolgere la persona assistita e, previo consenso, i suoi referenti, assicurando che essa non sia lasciata in stato di abbandono<sup>14</sup>.

L'articolo 17 ribadisce l'obbligo di informare e supportare attivamente la persona assistita e i suoi referenti, favorendo la consapevolezza e l'adesione al processo assistenziale<sup>15</sup> *delle sue esigenze e dei suoi valori*. L'articolo 19 rafforza il principio di autodeterminazione, tutelando la riservatezza e il rispetto della volontà della persona assistita<sup>16</sup>. Tale impostazione può essere ricondotta ai principi fondamentali sanciti dall'articolo 32 della *Costituzione della Repubblica italiana*, che tutela il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo e della collettività, affermando che nessuno può essere sottoposto a trattamenti sanitari contro la propria volontà, se non nei casi espressamente previsti dalla legge<sup>17</sup>. Richiama, altresì, i contenuti della Legge 219/2017, la quale regola il consenso informato, stabilendo che ogni intervento sanitario deve essere preceduto da un'adesione libera e consapevole da parte della persona interessata, fondata su informazioni chiare, esaustive e documentate<sup>18</sup>.

<sup>12</sup> L'*autonomia*, la *beneficenza*, la *non maleficenza* e la *giustizia* sono i quattro principi che rappresentano il quadro teorico di riferimento dell'etica biomedica. Nel contesto delle professioni sanitarie italiane, essi fungono da base valoriale per la redazione dei codici deontologici, che traducono tali principi in norme operative. BEAUCHAMP TL, CHIL-DRESS JF. *Principi di etica biomedica*. New York: Oxford University Press; 2001.

<sup>13</sup> Il Codice deontologico delle professioni infermieristiche è stato approvato dal Consiglio nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI) il 21 febbraio 2025 con entrata in vigore dal 22 marzo 2025. Pubblicato alla pagina: [https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI\\_CodiceDeontol2025\\_web-2.pdf](https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI_CodiceDeontol2025_web-2.pdf) (ultima consultazione 13 settembre 2025).

<sup>14</sup> Art. 4: «L'Infermiere si fa garante che le persone assistite non siano mai lasciate in abbandono coinvolgendo, con il consenso degli interessati, le persone di riferimento nonché le altre figure professionali e istituzionali [...]».

<sup>15</sup> Art. 17: «L'Infermiere, in accordo con l'équipe di cura, si assicura che la persona assistita, o la persona indicata come riferimento, riceva, in tempi e modalità appropriate, informazioni sul suo stato di salute precise e complete, nel rispetto».

<sup>16</sup> Art. 19: «L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta la persona assistita e, con il libero consenso di quest'ultima, le sue persone di riferimento, al fine di favorire l'adesione al percorso di cura e di valutare e attivare le risorse disponibili».

<sup>17</sup> «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», *Costituzione della Repubblica italiana*, art.32.

<sup>18</sup> Il legislatore stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito senza il consenso libero e informato della persona interessata, fondato su informazioni chiare, complete, comprensibili, aggiornate e



Infine, gli articoli sopracitati appaiono in consonanza con i valori espressi dalla *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, che riconosce e protegge l'integrità fisica e psichica della persona, ponendo al centro dell'agire sanitario il rispetto della dignità umana come principio inviolabile e fondante dell'ordinamento europeo<sup>19</sup>. Un ulteriore esempio si ritrova negli articoli 13 e 22 del Codice deontologico dei fisioterapisti<sup>20</sup>.

L'articolo 13 afferma che il fisioterapista, in caso di valutazioni cliniche discordanti o modifiche nel quadro del trattamento, è tenuto a informare il medico curante, fornendo elementi utili per una più appropriata definizione del percorso terapeutico:

Art.13: «Nel caso di attività svolta in collaborazione con il medico, qualora risultino valutazioni discordanti, variazioni del quadro clinico e/o risposte non coerenti durante il trattamento, il Fisioterapista, in accordo con la persona assistita, informa il medico curante [...]».

Tale comportamento, da attuare in un rapporto di dialogo e collaborazione con la persona assistita, appare coerente con le disposizioni della Legge 219/2017, precedentemente richiamata, con la Legge 24/2017, in materia di sicurezza delle cure e collaborazione interprofessionale, e con quanto previsto dalla Legge 251/2000, riconoscendo l'autonomia e la responsabilità del fisioterapista<sup>21</sup>.

L'articolo 22 sancisce l'obbligo del professionista di curare costantemente la propria formazione e aggiornamento:

Art. 22: «Il Fisioterapista ha il dovere di mantenere in ogni momento, il più alto standard di conoscenze e di competenze; deve mantenersi aggiornato in materia tecnico-scientifica, etico - deontologica e gestionale - organizzativa e deve saper adeguare il proprio sapere al progresso della ricerca scientifica e professionale».

Questa norma deontologica si inserisce nel più ampio quadro normativo italiano che regola l'aggiornamento continuo dei professionisti sanitari. In particolare, richiama quanto stabilito dalla normativa sull'educazione continua in medicina (ECM), introdotta dal D.lgs. 502/1992 e successivamente ampliata

---

documentate riguardanti diagnosi, prognosi, benefici, rischi, alternative e conseguenze dell'eventuale rifiuto. Legge 22 dicembre 2017, n.219, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, art.1.

<sup>19</sup> «La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata»; «Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica [...] devono essere in particolare rispettati: il consenso libero e informato della persona interessata [...]». *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, 12 dicembre 2000, artt.1 e 3.

<sup>20</sup> Il Codice deontologico dei fisioterapisti è stato approvato dall'*Associazione italiana di fisioterapia* (AIFI) il 7 ottobre 2011 con entrata in vigore dall'8 settembre 2012, in un periodo in cui la professione non aveva ancora assunto una propria dimensione ordinistica. Tale codice è stato successivamente recepito dalla *Federazione Nazionale degli Ordini dei Fisioterapisti* (FNOFI), che oggi ne garantisce l'applicazione in ambito ordinistico e ne assicura l'accessibilità tramite il sito istituzionale. Pubblicato alla pagina: <https://www.fnofi.it/deontologia-e-codice-deontologico-del-fisioterapista/> (ultima consultazione 13 settembre 2025).

<sup>21</sup> «Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali». *Legge 10 agosto 2000, n. 251, art.2, c.1.*

dal D.lgs. 229/1999, che ha reso obbligatorio per tutti gli operatori della salute il costante aggiornamento delle proprie competenze<sup>22</sup>.

Gli esempi confermano che la *coerenza normativa* costituisce una condizione necessaria per garantire l'effettiva applicabilità del codice deontologico, in quanto solo l'allineamento con le fonti legislative ne assicura la validità e la vincolatività.

### 3. Chiarezza espositiva

La *chiarezza espositiva* rappresenta un altro criterio per la redazione dei codici deontologici, in quanto ne condiziona in modo determinante la comprensibilità e, conseguentemente, la reale applicabilità.

Il codice deontologico non si rivolge soltanto ai professionisti iscritti agli ordini, ma anche ai cittadini, alle istituzioni e a tutte le parti interessate; pertanto, deve essere redatto con un linguaggio accessibile, che consenta a chiunque, anche a chi svolge attività o professioni diverse da quelle sanitarie, di comprenderne agevolmente i contenuti.

Tale esigenza assume particolare importanza nei contesti lavorativi sempre più eterogenei, in cui operano professionisti provenienti da diversi Paesi, per i quali la comprensibilità delle norme deontologiche costituisce un presupposto fondamentale<sup>23</sup>.

In primo luogo, è fondamentale l'adozione di un linguaggio privo di tecnicismi giuridici eccessivi, di formulazioni ambigue o di espressioni in lingua straniera non necessarie<sup>24</sup>.

In secondo luogo, la chiarezza espositiva riguarda anche lo stile di scrittura. È importante privilegiare un linguaggio positivo e orientato all'azione, evitando formulazioni vaghe o eccessivamente prescrittive in senso negativo. Le norme dovrebbero indicare ciò che il professionista "*deve fare*" o "*è tenuto a fare*", piuttosto che limitarsi a esprimere divieti del tipo "*non deve fare*"<sup>25</sup>.

Infine, è opportuno evitare l'uso di sigle o acronimi, specialmente se non universalmente noti o immediatamente comprensibili. Quando il loro impiego risulta necessario, essi dovrebbero essere sempre accompagnati dalla denominazione per esteso alla prima occorrenza; in questo modo si favorisce la

<sup>22</sup> D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria*, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421; D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419.

<sup>23</sup> Viene evidenziata la necessità di un codice deontologico flessibile e comprensibile, capace di orientare anche gli infermieri provenienti da altri Paesi che svolgono la propria attività in Italia. P. GOBBI, M.G. CASTOLDI, R.A. ALAGNA, A. BRUNOLDI, C. PARI, A. GALLO, M. MAGRI, L. MARIONI, G. MUTTILLO, C. PASSONI, A. TORRE, D. ROSA, F.A. CARNEVALE, *Validity of the Italian Code of Ethics for everyday nursing practice*, in *Nursing Ethics*, 25, 2018, 7, 908 ss.

<sup>24</sup> Una parte degli infermieri mostra una comprensione limitata del proprio codice deontologico, in parte a causa dell'uso di un linguaggio eccessivamente tecnico. T.N. DA SILVA, M.E.M. FREIRE, M.F. DE VASCONCELOS, S.V. DA SILVA JUNIOR, W.J. DE CARVALHO SILVA, P. DA SILVA ARAÚJO, A.V. ASSIS ELOY, *Deontological aspects of the nursing profession: understanding the code of ethics*, in *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1, 2018, 9 ss.

<sup>25</sup> L'impiego di espressioni orientate all'obbligo positivo, come il termine "*must*", risulta più chiaro e applicabile rispetto a formulazioni vaghe o esclusivamente negative. S. CHIAPPINOTTO, M. IGOUENIDIS, A. GALAZZI, A. KOKIC, A. PALESE, *Between mandatory and aspirational ethics in nursing codes: a case study of the Italian nursing code of conduct*, in *BMC Nursing*, 23, 1, 2024, 2 ss.





comprensione del testo da parte di tutti i lettori, inclusi i cittadini, contribuendo alla trasparenza e all'efficacia comunicativa<sup>26</sup>.

Pertanto, la chiarezza espositiva costituisce essa stessa un valore etico: un codice poco chiaro rischierebbe di compromettere la capacità dei professionisti di conformarsi ai suoi principi, finendo per non garantire una tutela effettiva delle persone assistite; al contrario, un codice formulato in modo chiaro, positivo e accessibile rafforzerebbe la trasparenza, la responsabilità e la qualità complessiva dell'agire professionale. Un esempio di applicazione di tale criterio è l'articolo 21 dei Codici deontologici dei tecnici sanitari di laboratorio biomedico, tecnici sanitari di radiologia medica, tecnici audiometristi, tecnici audioprotesisti, tecnici ortopedici, tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, igienisti dentali, dietisti, tecnici di neurofisiopatologia, assistenti sanitari, logopedisti, ortottisti, terapeuti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, terapeuti occupazionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, professioni afferenti alla stessa federazione<sup>27</sup>.

Questa formulazione presenta diversi elementi che possono contribuire a una comunicazione chiara ed efficace. Le frasi sono costruite in modo semplice e lineare, con verbi al presente e forma attiva – adotta, fornisce, adegua – che indicano con chiarezza le azioni richieste al professionista.

Si evita l'uso di espressioni generiche o astratte; al contrario, viene fornita una descrizione operativa del comportamento atteso, ad esempio, specificando che le informazioni devono essere "trasparenti, complete e accurate", e che è importante adattare lo stile comunicativo alle caratteristiche culturali e alle capacità di discernimento della persona assistita.

Un altro esempio è rappresentato dall'articolo 3.10 del Codice deontologico dell'ostetrica/o<sup>28</sup>.

<sup>26</sup> La riduzione nell'uso di sigle in ambito sanitario ovvero nel rapporto medico/paziente (professionista sanitario/persona assistita) migliora la comprensibilità della comunicazione. C. PRASKA, M.B. PITT, J. MARMET, R. GOTLIEB, V. CHARPENTIER, E. HAUSE, K.A. ALLEN, S. LUNOS, M.A. HENDRICKSON, *Laypeople's (Mis)Understanding of Common Medical Acronyms*, in *Hospital Pediatrics*, 13, 10, 2023, 272 ss.

<sup>27</sup> Art. 21: «Il professionista sanitario adotta un comportamento fondato sulla lealtà comunicativa, fornisce informazioni trasparenti, complete e accurate in merito ai propri interventi, e adegua lo stile e gli strumenti comunicativi. [...] fornisce alla persona assistita un'informazione chiara e completa, indispensabile per la costruzione del processo decisionale affinché la persona possa orientare in maniera libera e consapevole le proprie scelte». I codici deontologici, richiamati nel testo, sono stati approvati dal Consiglio nazionale della *Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione* (FNO TSRM e PSTRP) il 31 gennaio 2025: Pubblicati alla pagina: <https://www.tsrp-pstrp.org/index.php/codici-deontologici-tsrp-e-pstrp/>. Tali professioni hanno adottato nei rispettivi codici i 48 articoli della *Costituzione Etica* (2021), ponendo così un nucleo valoriale comune che supera le specificità dei singoli profili. Infatti, l'uso della dizione "professionista sanitario", anziché la denominazione della professione, evidenzia l'appartenenza a una comunità etica condivisa e la conseguente responsabilità comune nei confronti della persona assistita e della collettività. Pubblicata alla pagina: <https://www.tsrp-pstrp.org/index.php/costituzione-etica-fno-tsrp-e-pstrp/> (ultima consultazione 13 settembre 2025).

<sup>28</sup> Art. 3.10: «Al di fuori dei casi di emergenza-urgenza, prima di intraprendere sulla persona qualsiasi atto professionale, l'ostetrica/o garantisce l'adeguata informazione al fine di ottenere il consenso informato, sulla base di una vera e propria alleanza terapeutica con la persona». Il Codice deontologico delle ostetriche è stato approvato dal Consiglio nazionale della *Federazione Nazionale degli Ordini della professione di Ostetrica* (FNOPO) il 19 giugno 2010 e successivamente modificato, da ultimo il 18 novembre 2017. Pubblicato nella pagina: <https://www.fnopo.it/notizie/codice-deontologico/codice-deontologico-dell-ostetrica-o>. Dal sito della FNOPO non sembrano presenti altri testi ufficialmente pubblicati oltre quello del 2017, (ultima consultazione 13 settembre 2025).

La formulazione di questa norma appare caratterizzata da chiarezza linguistica e da precisione nell'indicare l'azione richiesta. Infatti, non si limita a evocare genericamente il dovere di informare, ma specifica in modo concreto le condizioni in cui l'obbligo si applica, "al di fuori dei casi di emergenza o urgenza e prima di intraprendere qualsiasi atto professionale". Indica inoltre con chiarezza il dovere del professionista di fornire "adeguata informazione", finalizzata a ottenere un consenso realmente consapevole, all'interno di una relazione di cura fondata sull'alleanza terapeutica e sulla centralità della persona assistita.

A ulteriore riprova di quanto sia fondamentale l'uso di un linguaggio immediatamente comprensibile, appare significativo il confronto tra le versioni 2019 e 2025 del Codice deontologico degli infermieri.

Nel 2019, si affermava che:

*Art. 4: «Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura».*

L'espressione "Il tempo di relazione è tempo di cura", peraltro coincidente con il titolo dell'articolo 22 dei Codici deontologici delle professioni precedentemente richiamate afferenti alla FNO TSRM e PSTRP, nella sua semplicità e immediatezza ha esercitato una notevole forza comunicativa, ponendo al centro un'idea dirompente: la relazione con la persona assistita, fondata su ascolto, empatia e dialogo, non rappresenta soltanto un supporto alla cura, ma costituisce essa stessa un atto di cura; prendersi del tempo per parlare con la persona assistita, ascoltarla, entrare in sintonia con i suoi bisogni, non è qualcosa in più, ma fa parte del gesto terapeutico. Il messaggio era chiaro, forte, privo di ambiguità: la relazione aveva un valore *intrinseco*, era parte integrante della cura.

Nel 2025, invece, si afferma che:

*Art. 4: «L'Infermiere cura creando con le persone una relazione, in cui l'empatia è una componente fondamentale. L'Infermiere si fa garante che le persone assistite non siano mai lasciate in abbandono coinvolgendo, con il consenso degli interessati, le persone di riferimento nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di cura è tempo di relazione».*

A prima vista la struttura è simile, ma cambia il punto di vista ovvero si passa da "Il tempo di relazione è tempo di cura" (2019) a "Il tempo di cura è tempo di relazione" (2025). Oggi si afferma che ogni momento di cura contiene una dimensione relazionale. È un messaggio coerente con l'approccio centrato sulla persona, ma sembra meno immediato. La relazione, infatti, non è più presentata come atto curativo in sé, ma come una componente della cura complessiva.

Non viene meno il valore attribuito alla relazione, ma cambia il modo in cui viene rappresentata: non è più la protagonista, ma un elemento che accompagna e qualifica il tempo della cura.

Da un punto di vista comunicativo ed espositivo, la formulazione del 2019 sembra più diretta e incisiva; il suo significato arrivava subito, senza bisogno di interpretazioni: trasmetteva un'idea forte, quasi simbolica.

L'espressione del 2025, pur corretta e coerente, sembra assumere una forma più sfumata e riflessiva, e il messaggio non appare immediatamente comprensibile, richiedendo un'attenzione maggiore per essere colto nella sua interezza.





Invece, merita attenzione la presenza, in alcuni codici deontologici delle professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP, di termini espressi in lingua straniera. A titolo esemplificativo, si citano gli articoli 51 dei Codici deontologici degli assistenti sanitari e dei tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro:

Art. 51: «L'Assistente sanitario [...] utilizza le tecniche e gli strumenti più idonei [...] quali il colloquio/counseling, l'intervista, la raccolta dei dati anamnestici informativi sulla salute e il benessere dei singoli e della comunità, le tecniche di comunicazione del rischio individuale e di comunità e marketing sociale [...]».

Art. 51: «Il Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro esegue specifiche valutazioni dei rischi [...] a tutela della salute e a fini di protezione e sostenibilità ambientale in un'ottica di One Health e Planetary Health».

L'uso di termini inglesi – *counseling, marketing, one health e planetary health* – sebbene diffuso nella pratica professionale, può determinare, in via puramente teorica, criticità interpretative in assenza di una contestualizzazione o di una spiegazione terminologica, rischiando così di costituire un ostacolo alla piena comprensione delle disposizioni deontologiche.

Questi esempi dimostrano come la *chiarezza espositiva* non si limiti a rendere comprensibile un contenuto, ma costituisca uno strumento essenziale per garantire la piena intelligibilità del testo, orientare l'agire professionale e consentire ai cittadini di comprendere diritti, doveri e responsabilità legate alle prestazioni sanitarie.

Infine, la chiarezza non riguarda soltanto il linguaggio utilizzato, ma dovrebbe riflettersi anche nella struttura complessiva del codice. Una suddivisione chiara, ordinata e coerente degli argomenti trattati, con una sequenza logica che accompagni il lettore dalla definizione dei principi generali fino alle norme più operative, rappresenta infatti un requisito essenziale<sup>29</sup>.

#### 4. Contestualizzazione operativa

Altro criterio è la *contestualizzazione operativa*, forse il più delicato e decisivo nella redazione di un codice deontologico, poiché rappresenta il passaggio dal piano dei principi etici generali – spesso astratti o di ampia portata – al piano delle norme di comportamento concretamente applicabili nella pratica quotidiana.

Un codice deontologico che si limitasse a enunciare valori universali, senza tradurli in comportamenti applicabili, rischierebbe di risultare inefficace e scollegato dalla realtà operativa.

<sup>29</sup> Nella maggior parte dei codici deontologici delle professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP è stata introdotta una distinzione tra *principi fondamentali*, che definiscono i fondamenti etici della professione; *regole comportamentali*, che ne traducono i contenuti in orientamenti pratici; e *sanzioni disciplinari*, che stabiliscono le conseguenze in caso di violazione. Questo modello, relativamente nuovo, supera l'impostazione tradizionale più indifferenziata e contribuisce a rafforzare la funzione educativa del codice, inteso non solo come strumento sanzionatorio ma anche di orientamento e crescita professionale. Distinzioni analoghe compaiono anche in altri codici, sebbene raramente in modo altrettanto sistematico e chiaramente articolato.

Per questo, il codice deve offrire al professionista una guida pratica, capace di orientarne l'agire nelle situazioni concrete e nei contesti complessi della sanità contemporanea, contribuendo anche a prevenire i contenziosi<sup>30</sup> e a sostenere la gestione delle sfide relazionali del lavoro interprofessionale<sup>31</sup>.

Per garantire una reale *contestualizzazione operativa*, è fondamentale che le norme deontologiche tengano conto delle specificità della professione, degli assetti organizzativi (ospedali, servizi territoriali, libera professione, ecc.), delle situazioni della pratica quotidiana e, in un contesto lavorativo sempre più multinazionale, anche delle differenze culturali e sociali legate ai Paesi di origine degli operatori, che possono influenzare il modo di lavorare e la qualità delle relazioni di cura<sup>32</sup>.

Un esempio di applicazione di tale criterio è l'articolo 79 del Codice deontologico dei tecnici sanitari di radiologia medica (TSRM):

Art. 79: «Il Tecnico sanitario di radiologia medica [...] favorisce l'efficienza del modello organizzativo nel quale è inserito, garantendo gli standard di qualità delle prestazioni [...] contribuisce alla elaborazione e alla determinazione degli spazi destinati agli interventi professionali [...] analizza l'aspetto quantitativo dei propri interventi, perseguendo i tempi ideali necessari per l'effettuazione di ogni prestazione [...] verifica che le strutture e le infrastrutture operative garantiscano risposte efficienti ed efficaci in sintonia con la tecnologia attuale, proponendo eventuali cambiamenti e miglioramenti».

Tali disposizioni non si limitano a richiamare principi generali, ma si traducono in indicazioni che appaiono riflettere attività effettivamente svolte dal TSRM, offrendo criteri operativi chiari per orientarne il comportamento in contesti organizzativi, tecnici e gestionali concreti.

Ulteriore esempio si può trarre dall'articolo 62 del Codice deontologico degli igienisti dentali (ID), che richiama in modo esplicito il dovere di garantire la sicurezza delle cure:

Art.62: «L'Igienista dentale promuove e utilizza metodologie e tecnologie la cui efficacia e sicurezza siano state scientificamente validate. L'Igienista dentale operante in una struttura sanitaria segnala al responsabile della gestione del rischio clinico ogni condizione o fattore che comprometta o possa compromettere la sicurezza e la salute della persona».

Questo principio può tradursi nella pratica quotidiana in una serie di azioni concrete che coinvolgono non solo le competenze tecniche dell'ID, ma anche la sua sensibilità etica, la capacità di valutare criticamente le evidenze scientifiche disponibili, la prontezza nel riconoscere situazioni di rischio e nell'attivare tempestivamente i canali istituzionali di segnalazione, oltre che la consapevolezza della propria responsabilità professionale nei confronti della persona assistita.

<sup>30</sup> Regole di condotta più chiare – a proposito di codice deontologico – non limitano la libertà professionale, ma offrono punti di riferimento essenziali per ridurre il rischio di contenzioso. G. MONTANARI VERGALLO, F.P. BUSARDÒ, S. ZAAMI, E. MARINELLI, *The static evolution of the new Italian code of medical ethics*, in *European Review Medical and Pharmacological Sciences*, 20, 3, 2016, 579ss.

<sup>31</sup> Un'efficace collaborazione interprofessionale presuppone valori etici condivisi, rispetto reciproco e chiarezza dei ruoli. J. ENGEL, D. PRENTICE, *The ethics of interprofessional collaboration*, in *Nursing Ethics*, 20, 4, 2013, 431ss.

<sup>32</sup> I risultati dello studio evidenziano che, pur essendo i principi etici universali – *autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia* – ampiamente riconosciuti, la loro applicazione concreta varia in funzione dei fattori culturali, sociali e istituzionali specifici di ciascun Paese. A. KACZMAREK, A. ŽOK, E. BAUM, *Ethical principles across countries: does 'ethical' mean the same everywhere?*, in *Frontiers Public Health*, 13, 2025, 10ss.



Anche in questo caso, la *contestualizzazione operativa* fa sì che il principio etico non resti un enunciato astratto, ma si traduca in comportamenti concreti, pertinenti alle attività quotidiane della professione e alle sue specifiche aree di competenza.

Dunque, questi esempi evidenziano come un codice deontologico debba sempre tener conto della dimensione operativa della professione, assicurando che le norme deontologiche siano espresse in termini chiari, concreti e rilevanti con il campo di applicazione specifico di ciascuna figura professionale.

## 5. Flessibilità temporale

La *flessibilità temporale* rappresenta un altro criterio, in quanto le continue trasformazioni scientifiche e tecnologiche – come il crescente uso dell'intelligenza artificiale<sup>33</sup> (IA) e della realtà estesa<sup>34</sup> (XR) – insieme ai cambiamenti assistenziali e socio-organizzative in ambito sanitario, impongono una struttura deontologica e una formulazione terminologica “flessibili”, ossia capaci di adattarsi nel tempo, al fine di garantire continuità di orientamento etico anche in presenza di scenari nuovi e imprevedibili.

In tale prospettiva, per garantire la necessaria *flessibilità temporale*, è opportuno che le disposizioni deontologiche si fondino su principi universali e valori durevoli – come i diritti fondamentali della persona, che hanno carattere stabile e non sono soggetti a rapide trasformazioni – adottino formulazioni ampie e adattabili ai mutamenti scientifici e tecnologici ed evitino, soprattutto, riferimenti a norme specifiche, la cui modifica o abrogazione potrebbe comprometterne la coerenza, la chiarezza e la funzione orientativa. Il concetto di flessibilità emerge, ad esempio, nei Codici deontologici delle professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP, precedentemente richiamate, poiché non fanno riferimento a una norma specifica, né utilizzano la classica formula “normativa vigente”, come avveniva in passato, nei precedenti codici, ma preferiscono la locuzione “normativa applicabile”.

A titolo esemplificativo, l'articolo 61 del Codice deontologico dei tecnici sanitari di laboratorio biomedico e l'art. 54 del Codice deontologico dei tecnici audiometristi, stabiliscono che:

Art. 61: «Il Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, in regime di libera professione intramoenia, adegua il proprio compenso alle disposizioni aziendali purché conformi alla normativa applicabile e al presente Codice deontologico».

Art. 54: «Il Tecnico audiometrista in possesso delle necessarie competenze svolge attività quale consulente tecnico o perito nei casi e negli ambiti previsti dalla normativa applicabile».

L'uso della locuzione “normativa applicabile” sembra una scelta lessicale tutt'altro che marginale: non si tratta di una semplice precauzione redazionale – la “normativa vigente” non è sempre applicabile al caso concreto – ma appare una decisione strategica volta a garantire al codice deontologico maggiore stabilità e integrità nel tempo.

<sup>33</sup> L'intelligenza artificiale è una delle sfide più rilevanti per la deontologia medica. E. PULICE, *AI e deontologia medica: nuove sfide e prospettive di riforma*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2, 2025, 327ss.

<sup>34</sup> Le implicazioni etiche delle tecnologie di realtà estesa o immersiva, si articolano attorno a valori fondamentali quali il rispetto della persona, il benessere umano, la sicurezza, la giustizia, insieme ai principi etici che ne guidano l'applicazione. S. COX, A. KADLUBSKY, E. SVARVERUD, J. ADAMS, R.C. BARAAS, R.D.L.C. BERNABE, *A scoping review of the ethics frameworks describing issues related to the use of extended reality*, in *Open Research Europe*, 10, 2025, 22ss.

Pertanto, l'assenza di riferimenti diretti alla "*normativa vigente*" o a norme specifiche esprime un orientamento improntato alla flessibilità, capace di adattarsi all'evoluzione del quadro giuridico e dei contesti operativi.

A tale flessibilità si affianca, altresì, l'esigenza di aggiornamenti periodici del codice, che ne assicurino la costante attualità e coerenza rispetto ai mutamenti normativi, scientifici e professionali<sup>35</sup>.

Questi esempi dimostrano come la *flessibilità temporale*, articolata in fattori *intrinseci*, legati alla struttura e al linguaggio del testo, ed *estrinseci*, connessi alla necessità di revisioni e aggiornamenti periodici da parte degli organi professionali competenti, costituisca una condizione imprescindibile affinché il codice mantenga vitalità e attualità nel tempo.

## 6. Partecipazione professionale

Il quinto e ultimo criterio guida è rappresentato dalla *partecipazione professionale*, intesa come coinvolgimento attivo dell'intera comunità professionale e di tutti gli altri soggetti portatori di interesse nella definizione, revisione e approvazione del codice deontologico.

In primo luogo, è opportuno che il percorso di elaborazione o revisione di un codice segua un metodo partecipativo, fondato su trasparenza, inclusione e dialogo, che consenta ai professionisti sanitari di contribuire attivamente alla definizione delle regole, rafforzando così il senso di appartenenza e promuovendo la deontologia come spazio di crescita condivisa, e non come mero obbligo formale.

In secondo luogo, è fondamentale il coinvolgimento delle rappresentanze professionali e sociali – consigli direttivi degli ordini, commissioni deontologiche, società scientifiche, associazioni di categoria e di cittadini – insieme a esperti di bioetica e giuristi, per arricchire la prospettiva e costruire un codice sensibile alle sfide della sanità contemporanea<sup>36</sup>.

Infine, è opportuno prevedere la partecipazione di rappresentanti delle diverse religioni, affinché il codice possa tener conto anche delle dimensioni spirituali che attraversano le pratiche di cura e che incidono profondamente sulle scelte morali dei professionisti e delle persone assistite<sup>37</sup>.

Pertanto, la necessità di un metodo partecipativo emerge con particolare evidenza se si considera la limitata consapevolezza, da parte di molti professionisti, del valore operativo di tali documenti — spesso

<sup>35</sup> Il codice deontologico è una guida professionale che periodicamente deve essere aggiornata, garantendo la tenuta dei principi fondamentali dell'etica e della deontologia. A.A. CONTI, *L'evoluzione del Codice di Deontologia Medica in Italia: una prospettiva storico-epistemologica*, in *Clinica Terapeutica*, 165, 6, 2014, 318ss.

<sup>36</sup> Il processo di elaborazione del codice deontologico della *American Public Health Association* mette in luce l'importanza di un ciclo strutturato, caratterizzato da una fase iniziale di stesura seguita da ampie consultazioni pubbliche che coinvolgono professionisti della sanità pubblica, eticisti e rappresentanti istituzionali. J.C. THOMAS, M. SAGE, J. DILLENBERG, V.J. GUILLORY, *A code of ethics for public health*, in *American Journal of Public Health*, 92, 7, 2002, 1057ss.

<sup>37</sup> Lo studio evidenzia che la capacità dei professionisti sanitari di comprendere i bisogni spirituali e religiosi delle persone assistite contribuisce in modo significativo a migliorare la qualità dell'assistenza e la soddisfazione della persona assistita. D.L. SWIHART, S.N.S. YARRARAPU, R.L. MARTIN., *Cultural Religious Competence in Clinical Practice*, in *National library of medicine*, 2023, 2ss.



percepiti come testi tecnici privi di ricadute concrete —, la scarsa conoscenza dei relativi contenuti da parte dei soggetti esterni alla professione e, infine, l'attenzione marginale riservata dal legislatore<sup>38</sup>.

A ciò si aggiunge l'assenza di adeguate strategie di diffusione e di percorsi formativi specifici, che impediscono una piena conoscenza dei principi deontologici e ne limitano l'efficacia nella pratica quotidiana<sup>39</sup>. Tale partecipazione può essere favorita attraverso il coinvolgimento diretto degli iscritti o mediante consultazioni pubbliche rivolte a professionisti e cittadini, al fine di raccogliere contributi e giungere a un codice realmente condiviso e rappresentativo, come già avvenuto, ad esempio, per le professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP<sup>40</sup>.

Va sottolineato, infine, che la partecipazione non si esaurisce con l'approvazione del codice, ma deve proseguire nel tempo, attraverso momenti di formazione continua, incontri di confronto etico, attività di monitoraggio condiviso dell'applicazione.

Un ruolo centrale, in tal senso, potrebbe essere svolto da un *osservatorio permanente* sui codici deontologici, composto da rappresentanti delle professioni sanitarie, esperti di bioetica e giuristi. Tale organismo costituirebbe un luogo di confronto continuo, capace di analizzare l'impatto dei codici nella pratica quotidiana, raccogliere osservazioni, segnalazioni e difficoltà applicative, nonché promuovere proposte migliorative.

In questa prospettiva, l'osservatorio si configurerebbe come uno strumento prezioso per tutte le professioni sanitarie, con l'obiettivo di mantenere i codici vivi, attuali e realmente vicini alla pratica clinica, favorendo un processo di miglioramento continuo e di vigilanza partecipata.

Un'esperienza particolarmente significativa, sul piano metodologico, è rappresentata dalla scelta della *Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri* (FNOMCeO) di avviare la riforma del codice deontologico attraverso la costituzione, per la prima volta nella storia recente, di un *board* interdisciplinare incaricato di fornire indicazioni orientative. L'elaborazione concreta del testo è stata invece affidata alla consulta deontologica, in coordinamento con gli organi competenti della Federazione<sup>41</sup>.

<sup>38</sup> La scarsa attenzione del legislatore, la debole percezione del loro valore pratico da parte di molti professionisti e la limitata conoscenza al di fuori della categoria di riferimento, limitano l'efficacia dei codici deontologici. E. PULICE, *Introduzione: il nuovo Codice di deontologia medica*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2015, 2, 13ss.

<sup>39</sup> Le prestazioni etiche risultano connesse alla conoscenza dei principi etici integrati nei codici deontologici, ma la maggior parte degli operatori sanitari non ne conosce a fondo il contenuto. D. COLLINGS-HUGHES, R. TOWNSEND, B. WILLIAMS, *Professional codes of conduct: A scoping review*, in *Nursing Ethics*, 29, 1 2022, 21ss.

<sup>40</sup> La FNO TSRM e PSTRP ha indetto una consultazione pubblica sui codici deontologici di alcune professioni ad essa afferenti, terminata il 20 dicembre 2024, ad eccezione del codice deontologico degli assistenti sanitari, iniziata successivamente e terminata il 5 gennaio 2025, e degli educatori professionali, iniziata successivamente e terminata il 10 maggio 2025. Pubblicata alla pagina: <https://www.tsrp-pstrp.org/index.php/consultazione-codici-deontologici/> (ultima consultazione 13 settembre 2025).

<sup>41</sup> Merita attenzione la scelta metodologica adottata dalla FNOMCeO, che ha istituito un *board* interdisciplinare — composto da medici ed esperti di diversi settori — per avviare la riforma del Codice deontologico attraverso un confronto ampio e trasversale sulle nuove sfide della professione. E. PULICE, *Al e deontologia medica: nuove sfide e prospettive di riforma*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2, 2025, 329ss.

## 7. Conclusioni

Il contributo dimostra come, nell'attuale scenario sanitario segnato da profonde trasformazioni tecnologiche – in *primis*, l'uso crescente dell'intelligenza artificiale – organizzative e culturali, la redazione di un codice deontologico delle professioni sanitarie non possa più essere concepita come un mero adempimento formale, ma debba configurarsi come un'autentica codificazione etico-sociale, espressione di un patto tra professionisti, cittadini e istituzioni.

Affinché il codice deontologico possa risultare realmente efficace, è necessario che si fondi su criteri guida solidi e condivisi, quali: la *coerenza* con l'ordinamento giuridico e con i valori etici universali che orientano l'agire sanitario; la *chiarezza* del linguaggio, per garantirne la comprensione e l'applicazione da parte di tutti i soggetti coinvolti; l'*aderenza* ai contesti lavorativi concreti; la *flessibilità* rispetto ai cambiamenti scientifici, tecnologici, organizzativi e normativi; la *partecipazione* attiva della comunità professionale ai processi di elaborazione e revisione, quale condizione imprescindibile per assicurarne la legittimazione sociale e culturale.

Inoltre, una codificazione deontologica efficace presuppone l'obbligo di garantirne la concreta attuazione mediante strategie di diffusione adeguate, percorsi strutturati di formazione continua, strumenti di monitoraggio – come un *osservatorio permanente* – e meccanismi di aggiornamento periodico.

Appare altresì auspicabile che, in un sistema sanitario sempre più caratterizzato da un approccio interprofessionale e dalla presa in carico integrata, i codici deontologici delle diverse professioni condividano un impianto valoriale comune, capace di favorire un'etica relazionale della cura, pur nel rispetto delle specificità di ciascun profilo.

In conclusione, il codice deontologico non è prerogativa esclusiva delle federazioni e degli ordini professionali, ma il risultato di un'elaborazione collettiva che coinvolge comunità professionale e società civile, configurandosi come patrimonio condiviso, fondato su criteri guida che ne garantiscono applicabilità, legittimità e autorevolezza.

