

ANNO XXV  
N° 2  
OTTOBRE 2003

# Medicina Pontina

Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della Provincia di Latina

Organo ufficiale di informazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Lati-

Spedizione in A.P. - Tassa pagata 70% - D.C.B. Latina



**IL MEDICO,  
LA PROFESSIONE, L'ORDINE  
E IL CODICE DI DEONTOLOGIA**

*Direzione-Redazione-Amministrazione:*  
Piazza Celli, 3 – Tel. 0773/693665 Fax 489131  
04100-Latina

**Direttore Responsabile**  
ANTONELLA CASSIOLI

**Direttore Scientifico**  
ALFREDO CARADONNA

**Consiglio Direttivo**

Presidente	RIGHETTI GIOVANNI MARIA
Vicepresidente	CAVALLINI MARIO
Segretario	MILO PASQUALE
Tesoriere	NARDONI MARIA TERESA
Consigliere	ANGELINI FRANCESCO
Consigliere	BONELLI GIACOMO
Consigliere	BONFIGLIO NADIA
Consigliere	CARADONNA ALFREDO
Consigliere	CENSI ELISABETTA (odontoiatra)
Consigliere	DINIA GAETANO
Consigliere	GUARINO SILVERIO
Consigliere	LANZA GERARDO
Consigliere	LEONE DAVIDE (odontoiatra)
Consigliere	LUCCHESI ROBERTO
Consigliere	PASTORE ALDO
Consigliere	ROVACCHI GIUSEPPE
Consigliere	SPARAGNA ALESSANDRO

**Componenti non Consiglieri**  
**Commissione Albo Odontoiatri**  
MALLOZZI DOMENICO  
VISCA GIOVANNI

**Presidente Commissione**  
**Albo Odontoiatri**  
STAMEGNA LUIGI

**Collegio dei Revisori dei Conti**

Presidente	GATTI GIULIA
Membri effettivi	AMMENDOLA ERMINIA LAMBIASI ANTONELLA
Membro supplente	FRANCAVILLA ALESSANDRA

Impaginazione e stampa  
Arti Grafiche Kolbe - FONDI - Tel./fax 0771 50 22 96 r.a. - E mail ag.kolbe@tiscali.it

Aut. Trib. LT n° 324 del 16/02/1979

*La copertina: un'idea di Fulvio Di Pietro*

Pag. 4

**PRESENTAZIONE**

- “Medicus faber fortunae suae”
- Codice di deontologia nel credito. Primi Passi
- Dal medico ippocratico al dottor shopping

Pag. 10

**IL MEDICO DI OGGI TRA AUTONOMIA ETICO-PROFESSIONALE E RAPPORTI DI LAVORO**

- Il fatto
- La necessità di un codice etico per i manager della sanità
- Deontologia medica e *mission* delle aziende sanitarie
- MMG: medici dell'azienda o medico della persona?
- Medico o dirigente, qui sta l'intoppo
- La professione fra dipendenza e dirigenza - L'Amministrazione non deve dettare regole alla Professione, è la Professione che regola l'Amministrazione
- Qualità e responsabilità: l'autonomia professionale e la responsabilità della persona
- La rappresentazione del bene e del male

Pag. 28

**IL MEDICO DI OGGI DI FRONTE AL SUO ORDINE PROFESSIONALE**

- Vizi e virtù degli ordini professionali
- Gli ordini professionali servono ancora?
- Il ruolo dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri
- Un organismo a tutela sia dei medici che dei cittadini
- L'Ordine e i problemi della medicina: un manifesto per la professione
- Un Ordine professionale per il futuro
- La professione del futuro e il futuro della professione
- Le professioni tornano di moda?

Pag. 72

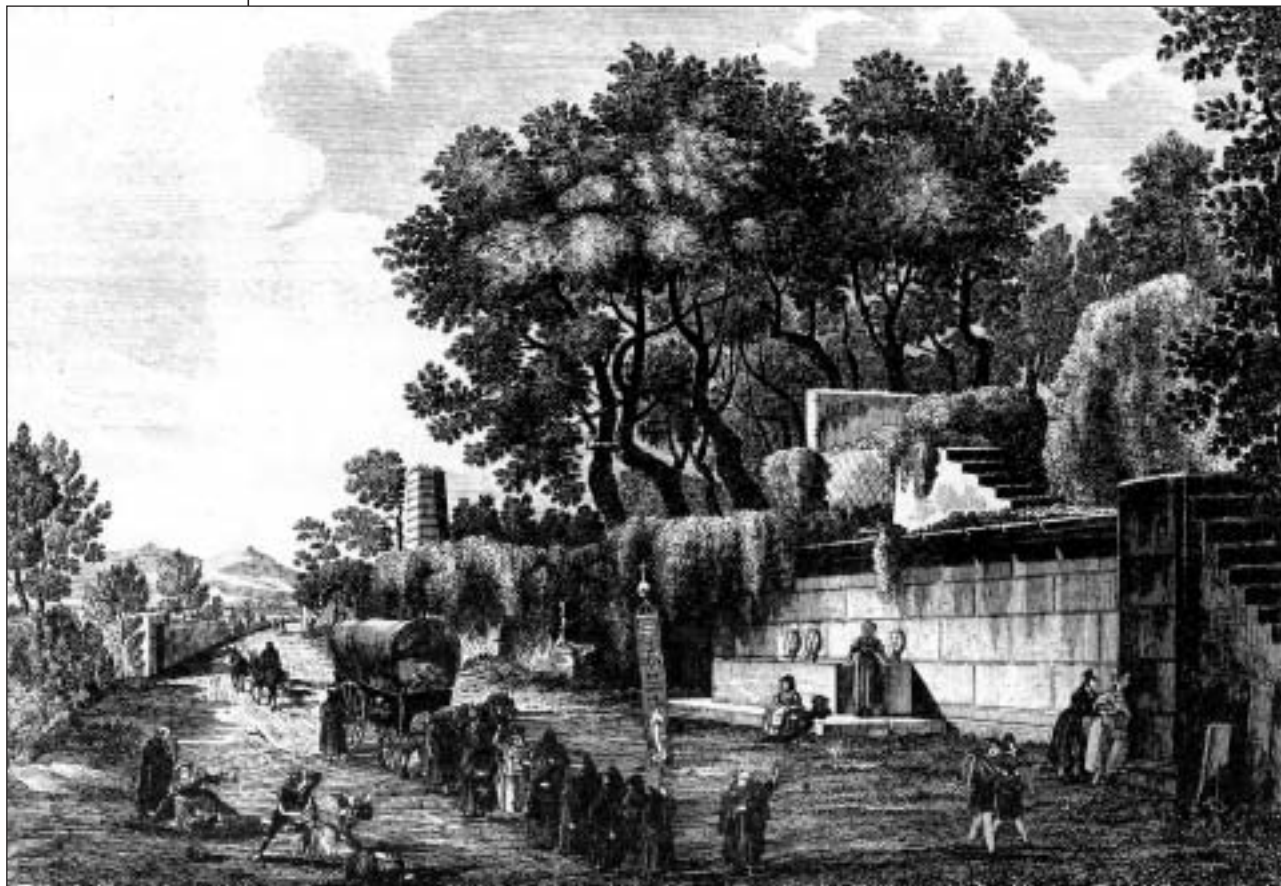
**LA DEONTOLOGIA: MAI COME OGGI È NECESSARIA ALLA PROFESSIONE**

- L'attualità del Giuramento di Ippocrate
- Fondamenti etici nell'evoluzione dei Codici di Deontologia Medica dal 1953 ai nostri giorni
- Attualità del Codice di Deontologia Medica
- Dalla pratica quotidiana alla deontologia
- Il Codice Deontologico: evoluzione nella continuità” tra leggi e costume
- Strumento di autogoverno della professione e per la promozione di un nuovo rapporto tra medico e cittadino
- Codici deontologici delle professioni sanitarie a confronto
- Codice di Deontologia Medica 1998

## PRESENTAZIONE

- Pag. 5 Editoriale  
**Alfredo Caradonna**
- Pag. 7 Intervento  
**Maria Antonietta Grammatico**
- Pag. 8 Prefazione  
**Aldo Pagni**

FORMIA - Fontana Romana di S. Remigio - Luigi Rossini, 1839



## Presentazione

### “MEDICUS FABER FORTUNAE SUAE”

Sul finire dell'anno 1903 l'Ordine de' Medici della Provincia di Sassari decise di raccordare e armonizzare nel “Codice di Etica e di Deontologia” una serie di norme che regolamentassero l'agire dei medici. D'altronde, l'umanità ha capito, sin dagli albori della sua organizzazione in società, che la professione medica è particolare e degna di specifica cura e controllo; basti citare il più che famoso *Giuramento d'Ippocrate* redatto ben quattro secoli prima di Cristo.

Al Codice sassarese ne sono succeduti altri fino al “Codice di Deontologia Medica” valido per l'intera nazione italiana e contemplato nella legge istitutiva degli Ordini, che risale ai primi anni '50. Questa raccolta di norme, “vincolante per tutti gli iscritti”, ha seguito con costanza l'evolversi della nostra società; ha dovuto sensibilmente accelerare le sue edizioni, aggiornandole ai tumultuosi cambiamenti che lo sviluppo della scienza, della tecnica e delle istanze sociali ci hanno imposto. Le altre professioni storiche hanno seguito lo stesso percorso; codici e regolamenti, infine, sono stati man mano vergati anche per le professioni emergenti.

Tutto ciò al fine di garantire i professionisti e, soprattutto, la società in funzione della quale questi esistono ed operano. In effetti, i codici di deontologia sono un patto tra la società e le classi professionali. Il nostro codice, la cui ultima edizione risale al 1998, è il binario su cui deve scorrere il contratto tra noi medici e la società nel suo complesso; quest'ultima ha nei nostri confronti un ruolo singolare, essendo al tempo stesso cliente, datore di lavoro e regolatrice di rapporti. Da questo binario non si dovrebbe deragliare né da una parte né dall'altra; altrimenti, si crea tensione e disagio, condizioni dannose per ambedue i sottoscrittori di tale accordo.

La condizione del medico, una volta incontrastato e indiscusso signore della salute, è pesantemente cambiata, sia per evoluzione naturale sia per una serie di accadimenti rappresentati da azioni o da omissioni colpose e dolose, che hanno creato disarmonie nel medico, nella società e, quindi, nel loro rapporto.

In quella che ho chiamato “*evoluzione naturale*” insistono, per esempio, le problematiche legate alla equità delle prestazioni in tempi di finitezza delle risorse; la necessità della giusta declinazione dei doveri inerenti ai rapporti di lavoro (pubblici e privati) da armonizzare con quelli deontologici propri del nostro status professionale; l'urgenza di una analisi disinibita ma intellettualmente onesta delle problematiche bioetiche connaturate alla medicina moderna; l'esigenza di regolare la collaborazione con le altre professioni sanitarie; l'emergente e preoccupante problema dei rapporti con le ditte farmaceutiche; la consapevolezza del forte incremento delle rinvase dei cittadini nei confronti degli errori in campo sanitario.

In quelle che ho chiamato “*azioni ed omissioni colpose e dolose*” possiamo annoverare la pletera medica, la quale, voluta da interventi legislativi discutibili, ha creato in alcune realtà fasce di sotto-prodotto medico e ha ridotto pesantemente la nostra capacità contrattuale, nella quale non sono comprese solo questioni economiche; il proposito, lungamente perseguito, di erodere sempre di più il ruolo degli Ordini con il fine evidente di eliminare un vero e proprio organismo di auto-governo; il desiderio di parte delle istituzioni di re-



golare i rapporti medico/società solo in termini sindacali e legali, come se fossimo dei semplici prestatori d'opera; l'acquiescenza con cui alcuni di noi hanno facilitato (diciamo così...) il realizzarsi di disegni di bassa politica e di basso sindacalismo; la responsabilità, di coloro che hanno voluto anteporre la carriera, il guadagno o la vita tranquilla all'amore per i malati e alla dignità di essere medici; potremmo continuare a lungo nell'enumerare vari tipi di deragliamenti.

Esempio patognomiconico del non chiaro rapporto medici/società è quanto evidenziato nel primo capitolo, dove si racconta come uno dei direttori della nostra ASL si sia sentito onestamente e serenamente (non ho alcun motivo di pensare alla malafede) obbligato a diffidare il nostro Presidente dall'inviare lettere ai "dipendenti di questa Azienda con la quale hanno un vincolo di dipendenza gerarchica", in relazione al fatto che vi si faceva riferimento alla "organizzazione dell'Azienda sul decoro delle strutture e sulla dignità della stessa". La lettera di un Presidente di Ordine (anch'essa offerta alla vostra attenzione), obiettivamente molto cauta e calibrata dal pieno rispetto verso le altre istituzioni, è stata letta sotto una lente deformante ed ha fatto scattare il timore di una indebita intromissione, come se i medici dipendenti di una azienda sanitaria fossero esentati dall'iscrizione all'Albo!

È necessario affrontare il disagio del medico verso la società, verso i datori di lavoro, verso l'Ordine, nonché il disagio della società verso il medico. È urgente che la nostra categoria si renda conto di questi problemi, li approfondisca e trovi soluzioni. L'Ordine ritiene che noi medici, pur tenendo in alta considerazione gli input lanciati dalla società civile, dobbiamo trovare in noi stessi e nella nostra più che bi-millennaria cultura e tradizione gli strumenti per offrire alle prossime generazioni di medici (e di malati) un ambiente più sereno; insomma, parafrasando un detto latino (*Homo faber fortunae suae*) i medici siano attori del loro futuro. In questo senso le regole vanno ricordate e ridefinite, se necessario. Esse non possono che venir illuminate da codici di comportamento condivisi; il centenario di Sassari sta lì a ricordarcelo. In tale stimolante iter culturale il ruolo dell'Ordine, punto di equilibrio tra società e medici, è indispensabile!

Questo numero di *Medicina Pontina*, come ormai tradizione, è una raccolta degli interventi più significativi su tali temi, che sono apparsi sulla stampa specializzata e non negli ultimi anni. Si ringrazia il collega Aldo Pagni dell'Ordine di Firenze, già Presidente della FNOMCeO e uomo di raffinata cultura, che ha voluto onorarci di una prefazione dal significativo titolo "Dal medico ippocratico al dr Shopping". La Direttrice della filiale Latina 2 della Banca di Roma, dottoressa Maria Antonietta Grammatico, nel suo intervento ha affrontato il rapporto tra economia ed etica; si coglie l'occasione per ringraziare il citato istituto bancario, tesoreria del nostro Ordine, per la sensibilità dimostrata nel sostenere parte dell'onere economico necessario alla stampa del presente importante volume.

*Mon cher confrère*, come ti ho chiamato in uno dei primi numeri di *Medicina Pontina* a me affidati, ricordati: solo agendo tutti insieme, ognuno sfruttando i suoi talenti e riuniti dal comune sentire ordinistico, potremo essere artefici di un migliore mondo sanitario in ambito locale e nazionale!

**Alfredo Caradonna**

*Direttore Scientifico di Medicina Pontina*

## **CODICI DI DEONTOLOGIA NEL CREDITO. PRIMI PASSI.**

Fenomeno caratteristico dei nostri tempi, quello dell'autoregolamentazione dei comportamenti professionali ha finito per interessare indirettamente anche il mondo delle banche, prevalentemente oggetto di discipline "eterodotte", dettate dalle Autorità che esercitano la vigilanza. La circostanza non deve sorprendere.

Tipica delle professioni liberali, in quanto opportuno contrappeso all'autonomia che caratterizza le medesime, l'adozione di codici di comportamento risponde ad una più generale esigenza di trasparenza che tutela in primo luogo chi fruisce la prestazione e, in quanto tale, riguarda necessariamente tutte le attività di erogazione di servizi.

Manifestazione di questa tendenza, una iniziativa assunta di recente dalle banche italiane, sotto l'egida dell'Associazione Bancaria, al fine di avvicinare i clienti ed abbattere quel muro di diffidenza che troppo spesso in passato ha separato gli uni dalle altre. È così partito "Patti Chiari", un progetto che promuove una più ampia informazione dell'utenza, attraverso la definizione e diffusione di parametri chiari, accessibili e raffrontabili, nella consapevolezza che la concorrenza possa indurre benefici solo se esercitata in un sistema di regole condivise e trasparenti, tali da scoraggiare comportamenti "sleali". A nessuno può sfuggire che informare sui rischi finanziari di un investimento secondo un codice unitario, ad esempio correlando il livello dei rendimenti al profilo di rischio, significa "agire eticamente".

La definizione di criteri uniformi per la valutazione del merito creditizio, cioè la idoneità del cliente a vedersi concesso un prestito, serve innanzitutto ad ispirare allo stesso comportamenti virtuosi. La possibilità di confrontare la qualità dei servizi, in base a statistiche che contemplino - tra le altre cose - i tempi medi di risposta, aiuta gli utenti a pianificare le attività.

Non è forse illusorio immaginare che, a regime, tali iniziative contribuiranno a far progredire il sistema economico verso modelli più efficienti e moderni.

**Maria Antonietta Grammatico**

*Direttore della Filiale Latina 2  
della Banca di Roma*

## DAL MEDICO IPPOCRATICO AL DOTTOR SHOPPING

L'Ordine dei Medici di Latina, con la pubblicazione di questo fascicolo dedicato ad un interrogativo attuale ed intrigante: "Il Medico, la Professione, l'Ordine ed il Codice di Deontologia", continua nel suo meritorio programma di raccolta di articoli comparsi negli ultimi anni sulla stampa di categoria.

L'originalità di queste iniziative editoriali antologiche consiste nella raccolta di una serie di articoli di autori i più vari, pubblicati in epoche diverse, e nel riordinarli secondo una sequenza logica per paragrafi.

Questi fascicoli monotematici offrono infatti al lettore distratto e ai cultori di cose sanitarie una fonte preziosa di ampia e documentata consultazione sul dibattito di idee in atto nella sanità, altrimenti disperso e difficilmente reperibile.

Dopo quelle che avevano affrontato i temi del dolore e della responsabilità professionale, l'attuale pubblicazione è dedicata ad una interessante panoramica sugli scopi e gli obiettivi della medicina moderna e si propone di stimolare il lettore ad una riflessione a tutto campo sul presente e sul futuro della pratica del medico: il suo disagio professionale tra esigenze di autonomia e rapporti con l'ordine professionale e i datori di lavoro; l'importanza della deontologia nelle scelte della pratica quotidiana; i timori e le speranze per il futuro.

Il tramonto del medico ippocratico del passato, autoritario e paternalista per il bene del paziente in virtù delle competenze esclusive possedute, e le cui decisioni erano sottoposte ai soli imperativi autoreferenziali della "scienza e coscienza", ha lasciato oggi una eredità di indeterminatezza nel

rapporto tra il medico ed il cittadino e non pochi dubbi sul ruolo sociale del medico.

Il contraltare del medico ippocratico rischia di divenire quello del doctor shopping, di provenienza statunitense, per il quale il cittadino si reca dal medico come se fosse il cliente di una caffetteria nella quale acquista a pagamento le prestazioni e i servizi che vuole e chiede ai tribunali civili l'indennizzo per i danni subiti se non è soddisfatto.

Per fortuna da noi non si sono raggiunti sinora tali livelli di degenerazione ma già qualche autore parla del rapporto medico-paziente come di "una follia a due" e di conflitto di prospettive tra gli attori.

Le ragioni sono molte e diverse: intanto il mutamento di paradigma dalla malattia alla salute-benessere ed alla qualità della vita, ed al conseguente modificarsi dei concetti di cura e di guarigione in un'epoca nella quale prevalgono le malattie cronico-degenerative ed aumentano le disabilità e le fragilità sociali.

La qualità della vita comprende la salute fisica, quella psicologica e le relazioni sociali alle quali fanno da corollario il lavoro, la libertà, la giustizia sociale, la sicurezza, l'informazione, la bellezza, il giovanilismo, la sessualità, l'ambiente, la partecipazione, il traffico, la spiritualità e le credenze personali.

La dimensione squisitamente biologico-organicista della medicina appare sempre più insufficiente ad affrontare i problemi antropologici posti da una moderna società complessa, globalizzata e multietnica, caratterizzata dalla rivendicazione del diritto del cittadino di curarsi o di non curar-

si, o di curarsi come vuole, di partecipare attivamente e consapevolmente alle proposte del medico, di confrontare i propri "modelli profani" di malattia con quelli clinici del medico, e di coltivare aspettative illimitate in quanto fornitore e insieme fruitore delle prestazioni e dei servizi sanitari.

Anche i progressi delle conoscenze scientifiche, la tecnologia biomedica e le competenze specialistiche e subspecialistiche, se da un lato hanno consentito notevoli successi nelle cure mediche, dall'altro non sempre hanno dimostrato di essere davvero al servizio della vita umana.

L'Uomo rischia di non avere più una identità olistica ma di avere "il volto dei suoi parametri di laboratorio e degli esami strumentali", per dirla con un filosofo, eseguiti per risolvere "un caso" ad opera di professionisti diversi, insidiati dal rischio di errori impietosamente (e spesso a torto) denunciati dai mass media, e non sempre disposti a collaborazioni integrate ed armoniche. Senza contare l'importanza e la novità dei problemi di nuove forme di collaborazione posti dal recente tumultuoso ingresso sul palcoscenico della sanità di tante nuove ed autonome "professioni sanitarie" fino ad ieri in posizione ancillare rispetto al medico.

La seconda ragione è da ricercarsi nella istituzione di un SSN socialmente insostituibile, per motivi di giustizia e di equità, ed economicamente insostenibile se non corretto con provvedimenti di razionalizzazione, che spesso assumono le caratteristiche di un vero e proprio razionamento, per le crescenti risorse economiche e finanziarie che assorbe.

La limitatezza delle risorse crea al medico non pochi problemi perché lo

costringe a conciliare i costi per i bisogni individuali, senza limiti, del cittadino, che si affida non senza qualche pregiudizio e sospetto alle sue cure, con quelli della società nel suo complesso interpretati (quanto correttamente?) e gestiti autoritariamente dallo staff dirigenziale delle Asl e degli ospedali, probabilmente più attento ai costi ed al pareggio dei bilanci che alla qualità delle cure.

La terza ed ultima ragione si evidenzia nei rapporti non sempre facili dei medici con l'Ordine professionale, una istituzione legittimata dalle leggi dello Stato a svolgere funzioni di magistratura speciale nei confronti di comportamenti disdicevoli per il decoro e la dignità della professione da parte di alcuni colleghi, anche se oggi dotato di strumenti arcaici e insufficienti per il pieno svolgimento di questa importante funzione a tutela della salute dei cittadini.

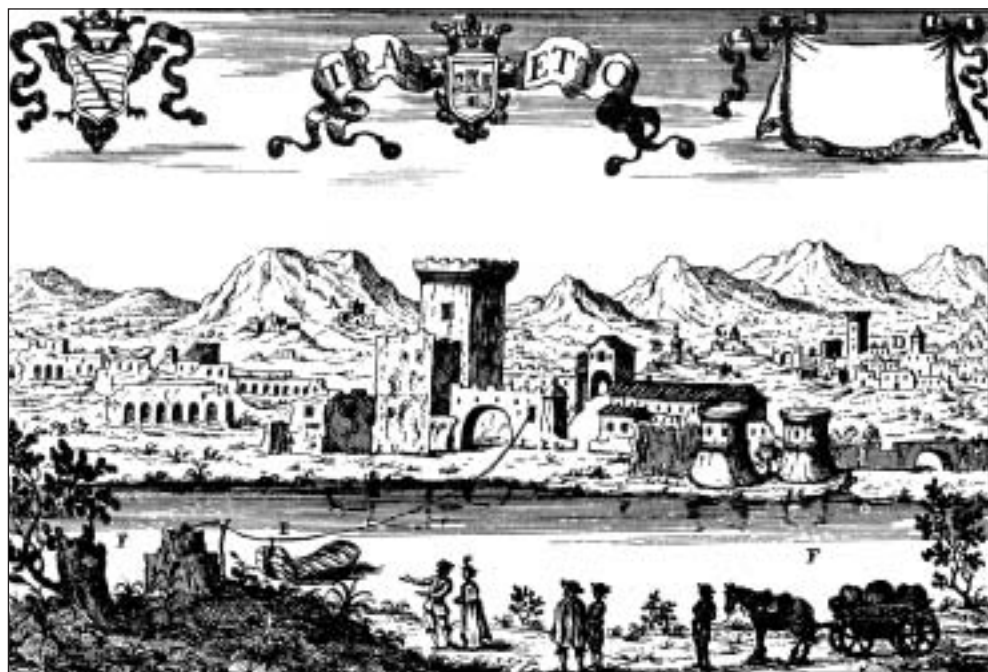
Eppure in epoca di relativismo etico, tra etiche laiche o etiche aperte al Trascendente, etiche globali ed etica universale, etica del limite ed etica condivisa, etica della terra, teorie soggettivistiche, contrattualistiche e utilitaristiche, e di sempre maggiore incertezza delle leggi nel regolare la condotta umana nel campo della scienza della vita e della salute, il rispetto del Codice Deontologico, con tutti i suoi limiti e i necessari e sempre più frequenti aggiornamenti, rappresenta una ragionevole e condivisa mediazione di valori e un punto di riferimento insostituibile per orientare i comportamenti dei medici al fine di "costruire una medicina a misura di uomo ed a misura di medico".

**Aldo Pagni**



## IL MEDICO DI OGGI TRA AUTONOMIA ETICO-PROFESSIONALE E RAPPORTI DI LAVORO

**L**a riflessione prende le mosse da un fatto "topico", avvenuto tra l'AUSL Latina ed il nostro Ordine, al fine di rendere evidente la difficoltà di comportamento del medico, diviso tra la fedeltà al suo datore di lavoro e quella ai suoi doveri deontologici ed etici - È l'interesse del malato che deve guidare il medico, sono i canoni etico-deontologici della professione che devono regolare il governo della sanità.



MINTURNO  
Veduta di Tretto, oggi  
Minturno, da il Regno di  
Napoli in Prospettiva  
G.B. Pacichelli, 1703 ca.

- Pag. 11 Il fatto
- Pag. 13 La necessità di un codice etico per i manager della sanità  
**Alberto Andrion**
- Pag. 15 Deontologia medica e *mission* delle aziende sanitarie  
**Aldo Pagni**
- Pag. 18 MMG: medici dell'azienda o medico della persona?  
**Luigi Di Caprio**
- Pag. 20 Medico o dirigente, qui sta l'intoppo  
**Antonio Pantì**
- Pag. 21 La professione fra dipendenza e dirigenza - L'Amministrazione non deve dettare regole alla Professione, è la Professione che regola l'Amministrazione  
**Marcello Costa Angeli**
- Pag. 25 Qualità e responsabilità: l'autonomia professionale e la responsabilità della persona  
**Angelo Fiori**
- Pag. 27 La rappresentazione del bene e del male  
**Antonio Pantì**

*Il medico di oggi  
tra autonomia  
etico-professionale  
e rapporti di lavoro*

### IL FATTO

#### ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI LATINA

Latina 2 marzo 1999

Caro Collega,

L'Ordine ha installato presso il Tuo Ospedale una bacheca di informazione ordinistica situata all'altezza del bar.

La bacheca è solo uno dei tanti strumenti di comunicazione che vogliamo mettere a disposizione perché Tu possa conoscere le attività dell'Ordine, e rappresenta anche un mezzo con il quale l'Ordine cerca di mettersi al Tuo fianco per ricercare tutte le iniziative che possono aiutarTi nella professione di medico ospedaliero.

Per evitare fraintesi, l'Ordine non vuole sostituirsi al sindacato né tantomeno può e deve fare politica; è quindi cosciente dei propri compiti e dei propri limiti, ma anche della grande responsabilità nel cercare di esserTi vicino in questi tempi in cui sopporti, più di altre figure professionali una situazione di stress lavorativo, una carenza di tutela dei tuoi diritti. (ad esempio vedi responsabilità civile e tutela giudiziaria) ed assisti ad una trasformazione della struttura e dell'organizzazione del lavoro di cui non ti senti né attore né protagonista ma in caso di malasanità additato e perseguito quale unico responsabile di fatti che spesso e volentieri non sarebbero accaduti se fosse stato possibile lavorare in una struttura più decorosa, più dignitosa e meglio organizzata.

Un cordiale saluto.

IL PRESIDENTE

Dott. Giovanni Maria Righetti

**Azienda**  
**Unità Sanitaria Locale**  
**Latina**

Latina, li. 31-03-23  
Piazza Celli, 8 - 04100 Latina

Al Presidente dell'Ordine dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri della  
Provincia di Latina

04100 Latina

Oggetto: COMUNICAZIONE

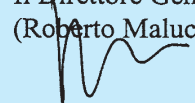
Si è avuto modo di rilevare che Codesto Ordine ha inviato una serie di lettere ai medici dipendenti di questa Amministrazione ed in particolare a quelli dell'Ospedale di Latina, nelle quali vengono svolte considerazioni nei confronti dell'organizzazione dell'Azienda sul decoro delle strutture e sulla dignità della stessa.

Pur rispettando il ruolo di Codesto Ordine professionale, non si ritiene di poter accettare interventi rivolti a dipendenti di questa Azienda con la quale hanno un vincolo di dipendenza gerarchica.

Pertanto, si invita formalmente la S.V. a cessare di svolgere iniziative del genere che possono solo ingenerare situazioni di disagio tra il personale e incomprensione tra le parti.

Distinti saluti

Il Direttore Generale  
(Roberto Malucelli)



[n.d.r.: il Dottor Malucelli è attualmente Direttore Generale della ASL Siena]

## LA NECESSITÀ DI UN CODICE ETICO PER I MANAGER DELLA SANITÀ

A partire dagli anni '80 e in modo più marcato nell'ultimo decennio, sono comparsi sulla scena attori - prima sconosciuti, almeno nel contesto europeo - che esercitano una forte e decisiva influenza sulle modalità e sugli esiti finali dell'erogazione delle cure: i manager della sanità. Si potrebbe discutere se quella del manager sia una professione con connotati unificanti, ma una cosa appare certa: l'esercizio di questa attività è scarsamente supportata da una cultura e da una tradizione che abbiano generato un codice di valori cui ispirare la propria azione. Questa considerazione può non stupire se riferita alla categoria di manager di gran lunga più consistente, vale a dire quelli delle imprese e delle società commerciali e finanziarie, e potrebbe non essere rilevante per coloro i quali ritengono che i valori etici abbiano poco spazio in questi settori. Tuttavia, le cose cambiano nel momento in cui il terreno di azione del manager è il sistema sanitario.

Un primo problema nasce dal fatto che questo manager si trova sempre più spesso a dover tramutare in decisioni operative indirizzi politici che hanno come principale se non unico obiettivo il contenimento e la razionalizzazione della spesa. È ben vero che gli indirizzi indicano nel contempo la necessità di garantire - anzi elevare! - la qualità dei servizi forniti ma, secondo l'esperienza consolidata di tutti coloro che operano nel settore, esiste in realtà un profondo gap tra i due valori di riferimento. Come comportarsi? Quale bussola deve impiegare il manager? Dovrebbe essere considerato eticamente corretto raggiungere il pareggio di bilancio a fronte di un dimostrato peggioramento della qualità dei servizi?

Un secondo problema deriva dal fatto che nel sistema operano altri professionisti - i medici - che, oltre ad essere detentori delle specifiche conoscenze "tecniche" ed essere stati a lungo coloro che modellavano in via prioritaria l'impianto organizzativo, posseggono e si richiamano a valori di riferimento etici consolidati nel tempo. Non per nulla, ancora recentemente, è stato pubblicato in contemporanea su *The Lancet* e su *Annals of Internal Medicine* la "Carta della professionalità medica" che ribadisce una serie di valori cui richiamarsi ma, nel contempo, ne sottolinea di nuovi: ad esempio, quelli riguardanti l'equa distribuzione delle risorse definite e quello relativo ai conflitti di interessi.

Spesso - depurando il tutto da specifici interessi categoriali ed altri meno nobili - i valori di riferimento non collimano o esistono da una parte sola: quella dei medici. Questa situazione crea tensioni e incomprensioni. In definitiva nuoce fortemente alla riconfigurazione e allo sviluppo del sistema.

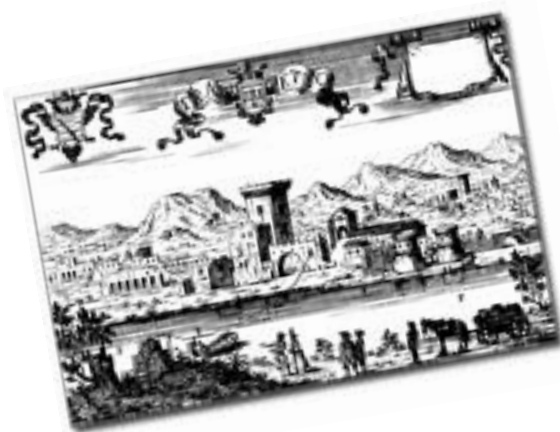
I manager della sanità, sia all'estero sia nel nostro paese, si stanno rendendo conto della necessità di non essere più foglie in balia dei venti politici e soggetti mal tollerati dagli operatori sanitari - in primo luogo i medici - in quanto considerati (spesso non a torto) obbedienti proconsoli o puntuali ragionieri. Tuttavia, esistono ancora molte resistenze ad un cambiamento, e le correnti di pensiero che favoriscono la visione autocratica permangono forti.

Un primo passo in una diversa direzione è stato compiuto nel Regno Unito dove,

dopo alcuni anni di riflessioni e discussioni, è stato adottato un codice ufficiale di standard etici per i manager del servizio sanitario nazionale. Lo scopo è quello di fornire un riferimento trasparente dei valori e dei comportamenti che devono essere adottati dai manager nello svolgimento della loro attività. Questo potrà essere utile ai manager per avere a disposizione un sostegno e un orientamento non occasionale nell'agire, e a coloro che devono esprimere il giudizio sul loro operato per applicare criteri di valutazione non episodici e meno soggettivi di quelli odierni.

Ciò che è avvenuto nel Regno Unito ha però un unico, ma rilevante, neo: il codice etico è stato emanato dal governo e non è stato frutto di una autonoma decisione delle associazioni professionali dei manager. In poche parole, i manager britannici non hanno avuto la forza (o il coraggio?) di auto-regolamentarsi. Sapranno far meglio e avranno più coraggio i pari grado italiani?

**Alberto Andrion**



## DEONTOLOGIA MEDICA E MISSION DELLE AZIENDE SANITARIE

*Le differenze di fondo emergono quando si instaura un confronto tra la politica della azienda sanitaria e la tradizionale cultura dei medici, fondata sulla autonomia e indipendenza individuale e sul principio ippocratico di beneficita nell'interesse del singolo paziente/cliente.*

In linea di principio non vi dovrebbero essere differenze di obiettivi tra gli obblighi deontologici che ispirano i comportamenti e le decisioni del medico nella cura del paziente e la Mission (ragione d'essere) dell'azienda sanitaria, tenuta ad indicare che cosa promette di offrire al cittadino in tema di prestazioni per la salute.

Ambedue perseguono lo scopo di soddisfare i bisogni del paziente/cliente, ma su linee storicamente e culturalmente parallele.

Le differenze di fondo emergono, infatti, quando si instaura un confronto tra la **politica della azienda sanitaria** che, oltre alla mission, si caratterizza per la definizione strategica di obiettivi di medio periodo (Specifici, Misurabili, Accettabili, orientati ai Risultati e Temporizzati [SMART]), per la individuazione delle sfide a lungo termine dell'azienda stessa (Vision) e per i **Valori aziendali** che costituiscono il punto di riferimento di coloro che vi operano (e richiederebbero comportamenti coerenti con essi), e la tradizionale **cultura dei medici, fondata sulla autonomia e indipendenza individuale e sul principio ippocratico di beneficita nell'interesse del singolo paziente/cliente.**

Anche quando esercita la libera professione, in forma partecipativa o associata, il medico – recita, infatti, l'art. 67 del Codice Deontologico - “*resta responsabile dei propri atti e delle proprie prescrizioni, non deve subire condiziona-*

*menti della sua autonomia e indipendenza professionale, non può accettare limiti di tempo e di modo alla propria attività, né forme di remunerazione in contrasto con le vigenti norme legislative e ordinarie e lesive della dignità e della autonomia professionale”.*

E l'art. 69 dello stesso Codice rivela una diffidenza quasi pregiudiziale nei confronti degli enti sanitari, pubblici o privati che siano, quando obbliga i medici dipendenti a “*chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini, qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente*” dal quale dipendono.

L'azienda sanitaria oggi è sicuramente caratterizzata da una complessità organizzativa e strutturale e da una pluralità di competenze professionali che interagiscono per raggiungere uno scopo comune, impensabili fino a qualche decennio fa, sia per gli sviluppi della tecnologia che per le ingenti risorse economiche che assorbe. Come tale non può prescindere dalla realizzazione di forme di governo aziendale e professionale che rispondano a criteri di funzionamento qualitativamente elevati.

L'industria manifatturiera aveva iniziato durante la prima guerra mondiale a preoccuparsi della qualità dei suoi prodotti, ma è dagli anni '80, con l'avvento dell'età post-industriale, che nei paesi più economicamente e socialmente avanzati si è cominciato a comprendere la necessità di applicare criteri di qualità anche alle organizzazioni che erogavano servizi.

Oggi non vi è più nessuna organizzazione produttiva o di servizi che possa ignorare questa realtà anche se vi è ancora un lungo cammino da compiere in sanità. In primo luogo perché la specificità delle aziende sanitarie, che producono un



bene (la salute) e non una merce, aveva incontrato in passato difficoltà ad applicare norme, come le prime ISO 9000: 94, create per l'industria; in secondo luogo perché, anche se sono cambiate, continuano ad essere vissute da molti medici più come un ulteriore aggravio burocratico e cartaceo nel lavoro quotidiano che un utile strumento professionale; in terzo luogo per la mancanza di sintonia tra la componente manageriale (con comportamenti estremamente variabili e impegnata soprattutto a far quadrare i bilanci) e quella professionale, poco attenta ai livelli di efficienza nell'uso delle risorse, insofferente di controlli esterni e timorosa che una "pericolosa" standardizzazione dei comportamenti, ignorando l'esperienza personale, ne limitasse la libertà.

In questa prospettiva gli ostacoli in-

*Non è accettabile mettere a confronto i trattamenti di condizioni diverse - come teorizzato dagli economisti che hanno elaborato i concetti di DALYs e QALYs; ciò che è invece possibile è la comparazione di diverse alternative di trattamento per la stessa condizione. Ovvero: non è eticamente praticabile (e - aggiungiamo - politicamente sostenibile) la strada di definire un pacchetto di servizi di base o essenziali meritevoli di essere finanziati con fondi pubblici, attraverso l'esclusione di altri. Ciò significa spostare l'amara questione della definizione delle priorità, del razionamento dell'assistenza sanitaria, dalla dimensione "macro", a quella delle scelte politico-amministrative sui meccanismi di esclusione di determinate prestazioni o servizi, alla dimensione "micro", quella dell'appropriatezza e del costo/efficacia nell'uso delle risorse nell'ambito dei singoli processi assistenziali.*

Soren Holm - Goodbye to the simple solutions.  
Open University Press 2000: 29-37

contrati finora nella modifica degli atteggiamenti culturali e dei comportamenti dei medici (in assenza di un coinvolgimento adeguato), sono stati soprattutto il ricorso ad un linguaggio poco familiare al clinico, perché derivante da una cultura manageriale e di sistema, estranea ai consueti parametri di "un'arte guidata dalla scienza", e la difficoltà di proporre al medico strumenti che riconoscesse come propri e adeguati alla soluzione dei suoi problemi, quali ad esempio l'audit clinico, la medicina basata sull'evidenza (EBM), l'analisi e la gestione degli errori, gli indicatori di risultato, le linee guida e le misure di appropriatezza.

Ha scritto A. Cavina, direttore generale dell'Azienda Policlinico di Modena: "le componenti manageriali e professionali devono smettere di rimpallarsi le responsabilità facendosi carico le prime delle esigenze di più adeguati livelli di leadership manageriale in grado di garantire migliori contesti di promozione e sviluppo organizzativo funzionale all'attività sanitaria, nonché l'attuazione di più adeguate politiche di sviluppo delle risorse umane.

I professionisti sanitari devono a loro volta assumersi direttamente le responsabilità del governo professionale ed organizzativo delle funzioni assistenziali, rendendo espliciti i criteri di riferimento a garanzia dei requisiti di efficacia, appropriatezza e qualità professionale delle prestazioni erogate".

In pochi anni si è avuta una modificazione significativa delle organizzazioni produttive e di servizio con una rivalutazione della loro funzione economica, politica e sociale, e anche in sanità si è passati dal concetto iniziale di "Verifica e Revisione della Qualità" ad un sistema di gestione orientato ad "Assicurare la Qualità" fino a quello finalizzato attualmente alla "Gestione della Qualità".

In una organizzazione sanitaria orientata alla tutela della salute dovrebbero coesistere due centralità: una generale, centrata sull'utente con le sue aspettative (a volte anche irragionevoli) e i suoi bisogni, ed una organizzativa, interna, centrata sui professionisti della salute (tra i

quali i medici svolgono un ruolo fondamentale), volta a valorizzare le loro competenze ed esperienze troppo spesso mortificate.

In realtà finora ha prevalso soltanto la prima e il medico si è trovato al centro di un conflitto tra l'interesse privato della malattia del "suo" paziente e quello pubblico della salute della collettività.

Non si può dire che finora molti manager abbiano dimostrato di voler definire modelli organizzativi "adeguati" alla valorizzazione dei medici, nè che nella maggior parte dei casi la loro gestione delle risorse umane sia stata capace di motivarli e responsabilizzarli, ma si deve

In una parola si tratta di una scelta di libertà fondata sull'etica della responsabilità (agire razionalmente rispetto ad uno scopo), piuttosto che su quella della convinzione (agire razionalmente rispetto ad un valore immutabile).

Per ovviare a questi inconvenienti vi sono soltanto due modi: fornire ai medici una formazione che non ne faccia dei "mezzi manager" ma ne migliori le competenze nel governo clinico della salute, e una remunerazione che riconosca e premi il merito. Da più parti, e soprattutto dove si sono fatte esperienze gestionali positive, si avverte la necessità di un trasferimento (empowerment) di potere ai medici per modificare i rapporti di forza all'interno della struttura aziendale. Ma il potere ("relazionale" e "personale") non è quello che si esercita su un altro ma è inteso come conoscenze, capacità di "poter fare", possibilità di essere pienamente responsabili dei propri atti e di integrare ed armonizzare con gli altri le diverse e frammentate competenze.

Le componenti della qualità non sono solo quelle organizzative e procedurali e le competenze tecnico-professionali ma, in un servizio orientato al cittadino, è altrettanto importante la qualità percepita da quest'ultimo.

Essa si fonda soprattutto sullo stile di lavoro, sul comportamento etico e sul modo di comunicare e "ascoltare" adottato dai medici deputati a prescri-

vere le cure, a richiedere esami, ad effettuare un intervento chirurgico e a dare consigli. Come può esservi qualità senza un loro diretto coinvolgimento?

**Aldo Pagni**

	Epoca pre-moderna <b>Etica medica</b>	Epoca moderna <b>Bioetica</b>	Epoca Post-moderna <b>Etica dell'organizzaz.</b>
<b>La buona medicina</b>	"Quale trattamento porta maggior beneficio al paziente"?	"Quale trattamento rispetta il malato nei suoi valori e nell'autonomia delle sue scelte"?	"Quale trattamento ottimizza l'uso delle risorse e produce un paziente/cliente soddisfatto"?
<b>L'ideale medico</b>	Paternalismo benevolo	Autorità democraticamente condivisa	Leadership morale, scientifica, organizzativa
<b>Il buon paziente</b>	Obbediente ( <i>compliance</i> )	Partecipante (consenso informato)	Cliente giustamente soddisfatto e consolidato
<b>Il buon rapporto</b>	Alleanza terapeutica (il dottore con il suo paziente)	Partnership (professionista-utente)	Stewardship (fornitore di servizi-cliente) Contratto di assistenza: Azienda/popolazione
<b>Il buon infermiere</b>	"Paramedico" Esecutore delle decisioni mediche; Supporto emotivo del paziente	Facilitatore della comunicazione, a beneficio di un paziente autonomo	Manager responsabile della qualità dei servizi forniti
<b>Chi prende le decisioni</b>	Il medico, in "scienza e coscienza"	Il medico, e il malato insieme (decisione consensuale)	La direzione aziendale, insieme ai dirigenti delle unità operative (negoziazione)

Da: Sandro Spinsanti, *Bioetica Medica*

anche riconoscere che spesso manca tra questi ultimi (quando non c'è addirittura un rifiuto) una cultura diffusa e adeguata per poter operare in "organizzazioni complesse" e farsi carico direttamente e responsabilmente dei problemi che queste propongono.

## MMG: MEDICO DELL'AZIENDA O MEDICO DELLA PERSONA?

La professione pratica della Medicina Generale è quella in cui più si realizza il dettato deontologico di *"perseguire come scopo la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo"*. Questo perché il Generalista non si è impegnato negli innumerevoli rivoli delle iperspecializzazioni e della ipertecnologia diagnostica conservando nel tempo quella visione olistico/sistemica del Paziente (tanto cara alla vecchia Medicina Interna) congiunta a un approccio e gestione della Persona nella sua interezza e nei suoi risvolti umani, ambientali e psicofisici.

Il MMG rimane, così, l'unica figura del SSN veramente 'vicino' al Paziente/Persona: con lui affronta, in prima persona, il vissuto che il Cittadino ha del suo stato di salute, con lui affronta lo *'stravolgimento esistenziale'* del tragico passaggio dal *'sentirsi sano'* al *'sentirsi malato'* quando la malattia si configura come cronica.

Ma mentre il Cittadino percepisce questo stupendo rapporto, tanto da indicare la figura del MMG come quella che più apprezza del S.S.N. in tutti i sondaggi d'opinione, i Politici e gli Amministratori pare vogliano sottovalutarla e non darle la giusta considerazione.

In nome di termini quali *'efficacia, congruità, appropriatezza, efficienza'* chi gestisce la Società lombarda vuole a tutti i costi stravolgere il rapporto medico/paziente volendo standardizzare, schematizzare, spersonalizzare l'unico rapporto rimasto veramente umano nel corso dei secoli: quello tra Medico e Paziente.

Contrariamente a quanto affermato, cioè porre il cittadino e i suoi bisogni veri al centro del sistema sociale, si mira a demolire sempre più la cura del soggetto ammalato, volendo sostituirla con la cura della malattia. Invece di riscoprire il rapporto medico/paziente come fulcro di una adeguata assistenza congiunta a una umanizzazione ma, soprattutto, personalizzazione delle esigenze di salute dell'essere umano, si vuole perseguire la ricerca di requisiti oggettivabili che massificano l'individuo e il professionista che di lui si occupa.

La professionalità di un Medico Generalista, che a questo punto preferirei definire *'Medico della Persona'*, non potrà mai misurarsi rapportandola all'utilizzo o meno di "cartelle cli-

niche informatizzate, stampa di ricette con il computer, collegamento in rete, prenotazione di esami per via telematica". Basterebbe che il politico o l'amministratore di turno si calasse un attimo nel vissuto della persona malata e si chiedesse: "Ma cosa vorrei io dal mio Medico? Che mi prenoti gli esami telematicamente? Che mi stampi le ricette con il computer? O vorrei un Medico che mi conosca, conosca la mia vita, la mia famiglia, il lavoro che faccio, come e dove vivo? Un Medico che sia in grado di capirmi così da riuscire ad individuare la mia personalissima terapia, che mi gestisca come persona malata e non come malattia?".

***Il Politico dimentica che in Sanità esiste un 'bisogno da comprendere'. Il MMG è, e deve rimanere, Medico dell'individuo, della persona, dell'essere umano e non diventare una piccola azienda nell'azienda***

Non abbiamo dubbi sulla risposta.

Evidentemente il Politico il *'malato'* non lo ha mai visto, mai *'vissuto'* come lo viviamo noi tutti i giorni.

Il Politico dimentica che in Sanità esiste un *'bisogno da comprendere'*. Il MMG è, e deve rimanere, Medico dell'individuo, della persona, dell'essere umano e non diventare una piccola azienda nell'azienda.

Spesso ci si dimentica che in Medicina occorre comprendere il bisogno. Certo a volte il bisogno può non esser chiaro o indotto da una eccessiva pubblicizzazione delle prestazioni sanitarie, ma anche l'ipocondriaco è pur sempre una persona che ha bisogno di attenzioni e cure. Anche in questi casi quel che conta è soprattutto il rapporto medico/paziente, rapporto basato sulla fiducia e sulla conoscenza che si instaura in anni di *'percorso comune'* sia nei periodi di benessere che in quelli di malattia.

È così che il Politico *'dimentica'* il suo ruolo sociale e istituzionale: l'adoperarsi per il "perseguimento del benessere dell'uomo/persona". Si *'esime'* da questo compito e, ottenebrato da bilanci e da interessi di parrocchia, mentre parla di "persona al centro del sistema", di fatto, intraprende strade che porteranno il MMG nel baraccone dove non esisteranno più i malati ma le malattie da curare unicamente seguendo principi di risparmio in un Paese che, rispetto agli altri Paesi occidentali, investe ben poco per la salute dei suoi Cittadini.

Nonostante tutto Noi continueremo a dare, sempre, quotidianamente, risposte di salute a quei Nostri Cittadini che sanno *'come e dove trovarci'*; questa stupenda Professione non riusciranno a distruggerla in nome di innovazioni che già si sono dimostrate fallimentari in altre parti d'Europa.

Noi rimarremo sempre nei nostri studi a *"tutelare la salute fisica e psichica dell'essere umano"*.

Loro, i Nostri Politici, speriamo che passino in fretta e senza fare troppi danni nonostante siamo stati anche Noi a volerli là, dove sono ora.

**Luigi Di Caprio**





## MEDICO O DIRIGENTE, QUI STA L'INTOPPO!

Dopo decenni spesi ad occuparmi di professione, ritengo che il cambiamento più rilevante, epocale, dell'essere medico oggi, rispetto alla plurisecolare tradizione ippocratica, consista nell'esser diventati dirigenti di azienda. Da sciamano, a sacerdote, a professionista della salute, da taumaturgo a consolatore a tecnocrate, oggi il medico è un dirigente di un'impresa, pubblica o privata che sia: il guaritore nello staff aziendale. E tutto ciò non dipende altro che dal fatto che i servizi medici hanno oggi un costo così elevato che possono essere gestiti soltanto da imprese che usino al meglio i denari degli investitori, siano essi i cittadini che pagano le tasse o i lavoratori che contribuiscono o gli assicurati che versano un premio. E le imprese, se sono pubbliche, si accontentano del pareggio di bilancio, se private esigono il profitto.

È un cerchio da quadrare, ma non possiamo evitare almeno di tentare. La medicina moderna è così complessa che la si può esercitare solo in squadra e mai da soli e nessuno lavora bene, per quanto bravo medico sia, se l'organizzazione non funziona. Chi decide allora? E dove sta l'errore, nello sbaglio dei singoli, sempre possibile, anzi inevitabile nelle strutture complesse, o nei processi organizzativi o nei percorsi assistenziali scelti dall'azienda?

Da un lato il medico ha bisogno di aiuto, deve imparare a gestire da protagonista (è un dirigente) l'azienda in cui lavora, deve imparare a migliorare i risultati, a evitare errori, a prendere decisioni fondate su evidenze, ma, nello stesso tempo, non può non rimanere (e nessuno lo insidia) libero e indipendente al letto del malato, a garanzia del paziente, mai condizionato nelle sue scelte terapeutiche, capace e disponibile per un rapporto umano essenziale alla cura, ancora memore che il primo farmaco è lui stesso. Se questa integrazione deve avvenire, per prima cosa occorre sgombrare il campo dall'ipoteca della malpractice. L'analisi dei processi decisionali niente ha a che vedere con la colpa, anzi un presidio in cui la si pratica deve vedere diminuita l'entità del premio assicurativo.

Insomma dobbiamo affrontare un gigantesco programma formativo per un modo nuovo di fare professione. Un banco di prova per gli Ordini e per le Società Scientifiche, che lo dovrebbero gestire unendosi alla Regione (la holding aziendale) e all'Università. È una reciproca sfida tra politica, amministrazione e professione medica. Non raccoglierla non giova a nessuno, più che altro ai cittadini.

**Antonio Panti**



## LA PROFESSIONE FRA DIPENDENZA E DIRIGENZA

L'Amministrazione non deve dettare regole alla Professione,  
è la Professione che regola l'amministrazione

Mai come in questo momento è necessario recuperare solidarietà e compattezza nella classe professionale medica. Il recente passato ci ha visto troppo spesso divisi, come nel caso della vicenda del Decreto Legislativo n° 229/99 dell'allora Ministro Rosy Bindi. In quel periodo, dalla contrapposizione delle parti sindacali, nacque uno sviluppo del ruolo medico in parte accettabile ed in parte criticabile, di certo attualmente contestato.

Rosy Bindi voleva un Medico esclusivamente «dipendente», carcerato nelle strutture aziendali, asservito alla Medicina di Stato.

Molti non condividevano né i suoi ideali, né i suoi mezzi e i suoi modi. Non piaceva e non piace la coercizione. Non piaceva il centralismo. Non piaceva la sua visione del solo e unico modo di fare le cose, e la mancanza di possibilità di scelta dei Medici da parte dei pazienti, che

quel sistema così proposto prefigurava.

### ABBIAMO LOTTATO SINO ALLO SPASIMO CONTRO QUEI PRINCIPI

Il risultato è stato che per applicare la sua filosofia e per la tenace opposizione di Sindacati Medici la Rosy Bindi dovette incrementare lo stipendio di circa 600 Euro all'80% dei Medici Ospedalieri per compensare l'esclusività del rapporto di lavoro. Se avessimo opposto una difesa meno incisiva, ben più restrittive sarebbero state queste norme, e l'allora Ministro avrebbe applicato da subito l'estensione immediata del concetto di Medico/schiavo anche ai rapporti convenzionali.

Grazie alla determinazione dei Sindacati di categoria l'esclusività del rapporto di lavoro dei Medici fu severamente vincolata alla sua reale possibilità applicativa. Il che ha permesso di svolgere attività professionale al di fuori delle aziende, in mancanza di adeguate strutture interne (quasi dovunque).

Nello stesso tempo la scelta di campo adeguò i magri stipendi della maggior parte dei Colleghi con una quota economica *non di rilievo, ma comunque superiore a quanto avevano avuto le altre categorie di lavoratori*, altrimenti impossibile da erogare diversamente, visto lo sfacelo dei conti pubblici, sia di allora che di ora.

Il tutto vincolato allo sviluppo di una nuova realtà nella professione medica, l'assunzione della responsabilità dirigenziale, richiesta da questi tempi di economia a scarse risorse.

Si pretese l'adeguamento del ruolo medico ad un livello di professionalità non solo specifica, ma anche manageriale.

### MEDICO E MANAGER

Questo matrimonio, dai più ritenuto **“morganatico”**, rappresenta la sfida che affronta la nostra categoria nel terzo millennio.

Questo connubio è l'essenza del Medico Dirigente.

Questo ruolo è la base della trasformazione degli Ospedali in Aziende. Questa fi-

L'Amministrazione  
ha solo il governo  
della struttura  
sanitaria,  
i Medici il governo  
della Professione



gura è il motore delle Aziende che erogano la salute.

Non si sa se tutto ciò era già stato compreso dall'allora Ministro Rosy Bindi, o se gli venne imposto, visto che la figura del Dirigente Medico è figura troppo autonoma per la sua filosofia.

#### **MA FU COSI' CHE NACQUE ANCHE IL RUOLO UNICO DELLA DIRIGENZA MEDICA**

Il contratto di categoria è da tempo scaduto, abbiamo una guerra in corso, i problemi economici di prima si sono accentuati, il federalismo è incipiente e tutto tende al risparmio.

*Gli occhi politici puntano su una classe medica che come sempre, e oggi ancora di più, dà loro fastidio ed economicamente costa.*

#### **IL MEDICO COME PROFESSIONISTA**

*L'espressione **professionale** in ogni lavoro è espressione di autonomia.*

La figura del Dirigente è figura di grande autonomia. Ambedue sono caratterizzate da alcuni margini di incertezza lavorativa, ma dovrebbero essere ripagati da adeguati compensi e da ambiti di indipendenza. Male si confanno con un impiego statale burocratico e poco retribuito. Male si adattano a gerarchia e subordinazione. Impossibile configurarle in normative centralistiche, dirigistiche e in contesti di limitazioni di scelte se non in opportunità di mercato. Impossibili da pensare se non in un libero mercato.

*Tutto il contrario di quanto prefigurato dall'allora Ministro Bindi per il suo SSN fortemente centralistico e statalizzato.*

Sono figure invece che ben si pongono in posizioni di autonomia con i professionisti schierati dalla parte del paziente, nonostante lo Stato e le regole di Stato.

#### **IL VERO PROFESSIONISTA, IN QUANTO LIBERO PROFESSIONISTA, È SEMPRE DALLA PARTE DEL PAZIENTE**

L'impiegato invece è sempre dalla parte dell'Azienda che lo impiega, e che quindi lo controlla e gerarchicamente lo indirizza, lo premia o lo punisce. Il premio del professionista è il rapporto con il cliente/paziente.

Il Dirigente è sì parte dell'Azienda, è tutt'uno con l'Azienda, dirige una parte dell'Azienda, un settore, un ruolo; ma è una funzione con larga autonomia e senza subordinazioni. *Non deve temere dall'Azienda anche se deve temere per l'Azienda.*

Professionalismo e Dirigenza si confanno. Hanno affinità inscindibili.

#### **Il Medico è dipendente:**

- dal dettato costituzionale;
- dal paziente;
- dalle regole della professione.

#### **È Dirigente perché:**

deve governare la salute in modo autonomo in un contesto aziendale che amministra e coordina la struttura che produce salute.

#### **LA SFIDA DEL TERZO MILLENNIO**

Inserito in una Azienda di emanazione statale o regionale, quale un Ospedale o una USL, il Medico Dirigente non ha una rigida missione aziendale, diversamente dalle aree aziendali totalmente private. **Il suo ruolo Medico infatti ha come Padrone assoluto il Dettato Ippocratico, e solo come regolatore normativo l'impianto legislativo nazionale e regionale.**

Il rapporto con il Direttore Generale è quindi non proprio paritario, ma giocato su ruoli di stima e di autonomia e su obiettivi in parte comuni, ma spesso diversi. Il Direttore Generale è soprattutto un «facilitatore della missione dei medici» suoi collaboratori/dirigenti, e si fa fatica a configurarli in questo come classici dipendenti. Sono dipendenti sì, amministrativamente, ma in quanto professionisti della salute, che non è

un bene aziendale ma un principio tutelato dalla Costituzione; non sono dipendenti puri dell'Azienda, **ma dipendenti di una missione che l'impianto costituzionale svincola dall'Azienda.**

Professionisti quindi di un bene tutelato dalla Costituzione. *Semmai dipendenti dal principio di tutela della salute dei cittadini.*

Con ciò la categoria dei Medici, dico tutta la categoria dei Medici, è vera classe di Dirigenti per la materia che loro compete.

Sono Coadiutori, nel sistema amministrativo in cui sono inseriti - le Aziende Sanitarie - con qualifica di 'Medici Dirigenti' dei Direttori Generali che amministrano le Aziende per fini istituzionali.

**Non esiste la Medicina senza i Medici**, diversamente dal fatto che comunque esiste la Medicina senza i Direttori Generali, gli amministrativi, i politici.

**Il concetto di Dirigenza è insito nell'atto medico, e non nel ruolo ricoperto**, anche perché il ruolo medico nelle Aziende non può che essere questo e non diverso. Ciò va sempre difeso se si vuole continuare ad esercitare un esercizio della medicina moderno, consono al dettato ippocratico che prescrive grande autonomia nella professione.

#### **IL BENE SALUTE NON È UNA MERCE**

Il bene salute non è merce, ma risponde ai requisiti della merce, perché ha sempre un costo. Quindi pur assodato che il bene salute vada comunque sempre tutelato, nonostante i costi elevati, a ciò servono leggi e regolamenti.

È impensabile dare salute senza regolare costi e distribuzione dei servizi. Solo se si voglia pensare alla salute come un bene che sia di non elevato costo (*cosa evidentemente falsa*), allora si che i Medici dovrebbero prestare la propria opera non come professionisti e come laici, ma come per missione sovranaturale.

Con ciò si tornerebbe all'assioma della Bindi di una Medicina di Stato, di uno stato padre-padrone che dia ai suoi figli Medici cooptati ai suoi fini, assunti in ruolo di stretta dipendenza e di tipo impiegatizio.

I ruoli amministrativi e collaterali, questi sì, sono impegni dello Stato. *Il primo regolatore di tutto resta invece il Medico*, che quindi non può essere un impiegato. Giustamente supportato da leggi, norme e Codice Deontologico, opera in prima persona come dispensatore di spesa e produttore di salute.

A questo ruolo dobbiamo la nostra grande difesa, **numi tutelari del cittadino contro tutti e tutto.**

#### **QUESTO ALLORA DOBBIAMO DIFENDERE "PER DIFENDERCI"**

Per cui ben venga l'Azienda, che non è altro che il riconoscimento di diversi distinti ruoli. **È con l'Azienda che si perde l'imposizione gerarchica per i Medici; è con l'Azienda che si deve richiedere il riconoscimento del ruolo Medico come ruolo Dirigenziale.** Il ruolo Dirigenziale non accetta gerarchie.

Le Aziende esistono e servono. La gestione dei processi di cura e prevenzione della salute sono gestioni imprenditoriali, anche se di un bene fondamentale quale la salute.

Salute che è un bene tutelato da Professionisti particolari quali sono i Medici, che a buon diritto devono essere la parte fondamentale dell'Azienda in un ruolo che può essere solo Dirigenziale. **Nessuna gerarchia professionale può esserci nel ruolo Dirigenziale.** Solo ambiti di competenze, impegni, aree di sviluppo, previsioni di risultati. A questo non possiamo sottrarci, pena la sottomissione ad altri, pena la confusione degli interessi dei pazienti con l'interesse del sistema.

Ciò andrebbe a tutto discapito del vero bene dei pazienti, la salute, e del nostro dettato professionale, tramandato dal buon vecchio Ippocrate.

Principi comuni, obiettivi condivisi e regolatori centralizzati per una omogenea distribuzione di risorse e risultati; controllo dello Stato o delle Regioni, ma concorso di tutti in ruoli distinti e autonomi nella produzione dell'assistenza sanitaria.

**Non esiste la Medicina senza i Medici**, diversamente dal fatto che comunque esiste la Medicina senza i Direttori Generali, gli amministrativi e i politici

**Il concetto di dirigenza è insito nell'atto medico, e non nel ruolo ricoperto**

IL RUOLO DELL'ORDINE PROFESSIONALE: CONCORRENZA E LIBERTÀ, NON COSTRIZIONE E CENTRALISMO

Ancora una volta occorre quindi inserire il ruolo dell'Ordine in tutto ciò. È la storica forza del libero-professionismo, organo di indipendenza della Professione, tutela della sua missione.

Non è lo Stato, non è la Regione, non è per i soli Medici, e non è per i soli pazienti; è funzione di controllo per gli interessi di tutti quanti. Non gestisce ma controlla.

È quindi per molti uno scomodo Ente Ausiliario dello Stato. Inviso alla Rosy Bindi, inviso al potere amministrativo di Roma, inviso ai politici di stampo statalistico, inviso alle gestioni lobbistiche del commercio sulla salute, inviso alle categorie che non hanno tutele professionali ma che le agognano, inviso a tutti quelli che ce l'hanno a morte con i Medici, inviso agli amministrativi che lo vedono come un nemico, inviso a quei Medici che si sentono meglio nel ruolo di impiegati, inviso a chi non ama la libertà o a chi la ama senza regole e dettati comuni.

**Ed è proprio per questo che va difeso senza condizioni.**

**Marcello Costa Angeli**



## QUALITÀ E RESPONSABILITÀ: L'AUTONOMIA PROFESSIONALE E LA RESPONSABILITÀ DELLA PERSONA

Autonomia e responsabilità sono il nucleo dell'autoregolamentazione ippocratica, finalizzata unicamente al bene del paziente e collocata entro confini etici da non valicare. Tuttavia questa autonoma responsabilità dei medici - che ha la sua massima espressione nel succedersi delle proposte terapeutiche nel corso dei secoli - da sempre ha dovuto rispondere dei propri atti professionali anche davanti all'opinione pubblica, e quindi alla giustizia penale e civile.

L'evoluzione di questo difficile e spesso conflittuale rapporto tra medici e società ha subito una nuova, rivoluzionaria configurazione in questo secolo, da quando la Medicina non è più rappresentata unicamente dai Medici bensì da un articolato complesso di organismi ed attività strettamente correlati, che va dalle strutture della ricerca scientifica biomedica - con le loro continue proposte diagnostiche e terapeutiche - all'industria nazionale e multinazionale dei farmaci e degli strumenti, all'edilizia sanitaria, ai grandi raggruppamenti degli operatori sanitari, agli organismi pubblici di coordinamento e regolazione. Di questo enorme apparato i medici rappresentano i terminali che, pur strettamente collegati con l'insieme della macchina sanitaria di cui condividono autonomia e responsabilità, di fatto appaiono all'opinione pubblica come gli unici e quasi autonomi responsabili sia dei successi che degli insuccessi del trattamento medico.

Nel corso degli ultimi decenni si sta infatti accentuando un singolare fenomeno di separazione, agli occhi della collettività, tra Medicina come scienza portatrice di salute e benessere anche nei casi più difficili e disperati, e classe medica alla cui responsabilità vengono addebitati sia tutte le complicanze indesiderate dei trattamenti sia gli insuccessi cui la prestazio-

ne professionale è destinata in un elevato numero di casi.

Questo fenomeno è legato principalmente alla disinformazione collettiva che tende a presentare in una luce acriticamente e pericolosamente ottimistica solo i progressi della Medicina, tralasciando di sottolineare i rischi ed i limiti. Il consenso sociale disinformato che ne risulta, è la premessa per le reazioni fortemente negative di fronte alle malattie iatrogene ed agli insuccessi, che si concretano nel discredito dei singoli medici e della categoria, e nel numero crescente di processi civili e penali.

Già è in atto la Medicina Difensiva, un ripiegamento che, se può avere anche effetti positivi riducendo la ipermedicalizzazione della società, nasconde l'insidia della rinuncia e del possibile declino del progresso medico.

Contro questa grave situazione gli Ordini professionali debbono tracciarsi un programma di interventi di ampio respiro partendo dall'analisi dei molteplici fattori causali dei fenomeni negativi che si stanno verificando.

La prima tappa riguarda l'informazione pubblica, che deve responsabilmente dar conto anche degli aspetti negativi e rischiosi dell'attività medico-chirurgica, anche a prezzo di una riduzione dei benefici professionali individuali. In tal modo le attese esagerate ed irrealistiche potranno essere sostituite dalla consapevolezza dei limiti della medicina. Ne potrà seguire un consenso individuale alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche più consapevole perché preparato da un previo consenso sociale realmente ed onestamente informato.

I limiti, anche bioetici, della professione dovranno essere urgentemente ridise-

gnati dagli Ordini ed accettati dai medici, aggiornandoli in base alle attuali possibilità, ma nel rispetto dell'autoregolamentazione ippocratica, l'unica via che consente la preservazione autentica di una responsabile autonomia senza il bisogno dei severi e spesso ingiusti richiami della giustizia.

L'ineliminabile quota di complicanze che grava su prestazioni la cui rischiosità è peraltro il prezzo di tanti successi, non può d'altro canto che essere risolta attraverso l'attuazione di una assicurazione

obbligatoria per i danni derivanti da attività medica e con la richiesta, da parte dell'intera categoria, di una legislazione specifica sull'attività sanitaria nella quale ritorni a pieno diritto il concetto di "colpa grave" abbandonato progressivamente negli ultimi decenni, sia in sede penale che in sede civile, fino al punto di portare assai frequentemente a condanne per responsabilità oggettiva in assenza di qualsiasi colpa.

**Angelo Fiori**



## LA RAPPRESENTAZIONE DEL BENE E DEL MALE

La tradizione dei Misteri medioevali, rappresentati sul sagrato delle Cattedrali, si rinnova oggi negli ospedali, negli ambulatori, in ogni contatto col paziente. La sanità rinnova i fasti del *theatrum sanitatis*. Vanamente politici e amministratori tentano di "aziendalizzare" la sanità, pubblica o privata che sia: questa resiste e lo psicodramma che ne discende lo viviamo ogni giorno, negli accordi inapplicabili, nei budget virtuali, nelle "gride" ministeriali o regionali, nel vano tentativo di metter tetti alle spese e alle prestazioni.

La sanità è simbolica. La volontà razionale ci spinge a studiare l'allocatione delle risorse, a programmare con rigore, a promuovere linee guida, a offrire incentivi e a minacciare sanzioni a seconda delle spese effettuate, ma di fronte a chi soffre, a chi sta per morire, alle decisioni da negoziare con il paziente e la famiglia, alle potenti pressioni del costume e della società, in realtà siamo impotenti.

Forse dovremmo riflettere meglio sulla metafora della sanità come azienda, che ora è di gran moda. Un'azienda, inoltre, che funziona secondo le ferree leggi del mercato.

All'americana: l'assicurazione offre prestazioni a seconda del premio pagato. La salute è un merito, dice Milton Friedmann, guru degli economisti di Chicago; la salute è un diritto, sostengono le nostre Costituzioni, fondate sul rispetto della persona e sul patto sociale tra tasse e servizi.

Purtroppo questa metafora affascina persone insospettabili. Molti pensano che, come in qualsiasi industria manifatturiera, una volta che l'amministratore delegato (o il presidente della holding assicurativa) ha trovato accordo con lo staff esecutivo sulla linea produttiva e con i sindacati sull'organizzazione del lavoro, non resti che produrre: tutto andrà bene. Ma la sanità non è così.

La sanità non è la FIAT, la sanità è come il Teatro Comunale (o come La Scala, per gli amici di Formigoni, ma è la stessa cosa): lo staff e i sindacati provvedono all'organizzazione. Contrattano con gli orchestrali, cambiano il velluto alle poltrone, costruiscono le scene, mettono a norma i servizi. Insomma rendono possibile la rappresentazione. Ma quando le luci si spengono, il sipario si alza e inizia la recita, è come se tutto questo non esistesse. Gli spettatori vedono soltanto l'opera e conoscono soltanto gli attori. Anche la sanità si manifesta attraverso chi recita, il coro e le prime donne. Proprio le prime donne e solo chi sa trattare con loro, il direttore di scena e il regista, garantiscono il successo dell'opera.

Insomma la sanità si svolge, quella viva e concreta, nel segreto del rapporto del singolo paziente col singolo medico. Quando non si sa mantenere concordia con i professionisti della salute, la sanità funziona lo stesso, si rischia però che il caos dietro le quinte sconcerti gli spettatori. Il politico insomma deve imparare a ragionare come un impresario e non come un amministratore delegato.

La medicina non è soltanto un'arte e le evidenze cliniche, le linee guida, gli audit ne sono strumenti inevitabili, anzi essenziali. Tuttavia, lo ripetiamo, il servizio sanitario è come un teatro: vi è chi ha il compito di farlo funzionare bene, ma la bontà della recita spetta ai medici che ne sono i veri attori. Dimenticarlo è vanificare qualsiasi buona organizzazione.

**Antonio Panti**



## IL MEDICO DI OGGI DI FRONTE AL SUO ORDINE PROFESSIONALE

**M**olti colleghi, spesso (ma non sempre!) intellettualmente onesti, non riescono più a vedere un ruolo significativo del loro ordine professionale, a cui, in verità, le leggi di questa Repubblica fondata sul lavoro (anche intellettuale!) non danno particolare spicco - Quanti di noi, infatti, si sentono più iscritti ad un sindacato che onorati di far parte dell'Albo? - Recuperiamo il ruolo dell'Ordine e sentiamolo nostro; solo l'Ordine, supportato dalla mente e dal cuore dei suoi iscritti, potrà essere faro in una realtà, oggi complessa; domani, probabilmente, complicatissima e, Dio non voglia, anche amara.



CORI  
Il Tempio di Castore  
e Polluce  
Gaetano Cottafavi, 1830 ca.

- Pag. 29 Vizi e virtù degli ordini professionali  
**Aldo Pagni**
- Pag. 32 Gli ordini professionali servono ancora?  
**Alberto Speroni**
- Pag. 37 Il ruolo dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri  
**Fulvio Borromei**
- Pag. 39 Un organismo a tutela sia dei medici che dei cittadini  
**Giovanni Merlino**
- Pag. 42 L'Ordine e i problemi della medicina: un manifesto per la professione  
**Antonio Panti**
- Pag. 47 Un Ordine professionale per il futuro  
**Aldo Pagni**
- Pag. 60 La professione del futuro e il futuro della professione  
**Aldo Pagni**
- Pag. 70 La professioni tornano di moda?  
**Aldo Pagni**

## VIZI E VIRTÙ DEGLI ORDINI PROFESSIONALI

L'Ordine professionale dei medici, mutuato dal celebre "Ordre" francese dal Governo Giolitti, è nato nel 1910 e "resuscitato" nel 1946 dopo la caduta del regime fascista che lo aveva abolito. È un ente pubblico non economico, ausiliario dello Stato (oggi anche delle Regioni?), al quale è stato concesso di tenere l'albo dei professionisti, di difenderli dall'abusivismo e di svolgere compiti di magistratura speciale (senza poteri ispettivi) nei confronti delle violazioni del Codice deontologico. Il governo della sanità ed il controllo della qualità professionale dei neolaureati tuttavia sono sempre rimasti nelle mani del legislatore, della burocrazia statale e delle facoltà di medicina. Fino a ieri gli Ordini non erano coinvolti neppure nell'esame di abilitazione professionale del neolaureato.

Da un lato l'assunzione da parte dello Stato del monopolio della istruzione e della formazione professionale e la tendenza ad escludere la professione dalla elaborazione ed attuazione delle politiche sanitarie e dall'altro la prevalenza dell'impiego dei medici, nelle strutture pubbliche e private, sulla attività libero professionale, hanno fatto sì che la professione, sottoposta ad una progressiva burocratizzazione, subordinasse la competenza professionale alle logiche della politica e nel contempo si rifugiasse nella difesa della dimensione libero-professionale attraverso il riconoscimento del "ruolo medico".

È probabile che anche per questi motivi gli Ordini dei medici non abbiano saputo sfruttare appieno le prerogative attribuite loro dal legislatore all'atto della loro istituzione: promuovere cultura e iniziative sociali al fine di rafforzare la loro identità di "impresa morale" a contenuto scientifico.

Non ci si meravigli allora se nei paesi, come l'Italia, la Francia, la Spagna, il Portogallo e la Grecia, nei quali la rap-

presentanza medica è stata "legittimata dall'alto", questa ha un potere minore di quelli, come il Regno Unito, la Germania, il Belgio e i Paesi del Nord Europa, nei quali le associazioni professionali hanno mantenuto natura autonoma e privata. Ma altri problemi si presentano oggi alla istituzione ordinistica: il primo è la demarcazione di competenze tra leggi e norme del codice deontologico, accusato da alcuni di essersi sostituito arbitrariamente alle leggi. In realtà in un'epoca di relativismo etico il Legislatore incontra notevoli difficoltà a normare temi quali la fecondazione assistita, la maternità surrogata, l'uso di cellule staminali a scopo terapeutico, l'eutanasia ecc., rivendicati da alcuni alla sfera della morale individuale ed ai rapporti interpersonali degli attori. Il codice, in tema di doveri del medico, riesce invece a trovare un possibile equilibrio etico avendo riguardo pragmaticamente alle conseguenze sociali che provocherebbero alcune procedure e al "comune sentire" su questi temi delicati dalla maggioranza dei medici e dei cittadini in questa fase della storia.

E infatti oggi molte sentenze della magistratura richiamano sempre più frequentemente gli articoli del Codice, in carenza di legislazione. L'adozione di un codice deontologico tra l'altro è ritenuto dalla legge, dalla letteratura sulle professioni e dalle professioni stesse, una componente essenziale del processo di professionalizzazione.

Tuttavia alcuni detrattori ritengono che i codici deontologici servano soltanto a legittimare dei privilegi professionali e che gli Ordini non avrebbero né la possibilità tecnica, né la volontà, né i mezzi per esercitare un reale controllo disciplinare sui propri iscritti. Tesi non condivisa da altri, e da chi scrive, perchè l'esperienza dimostra che, pur con i limiti prima accennati, l'applicazione rigorosa del codice deontologico svolge una funzione

importante di autoregolazione dei rapporti tra colleghi e di tutela dei cittadini, costretti dalla inevitabile "asimmetria informativa" ad un rapporto fiduciario con il medico la cui qualità l'istituzione ordinistica può e deve garantire. Il secondo problema riguarda i rapporti tra gli Ordini e la magistratura divenuti più difficili a causa delle modifiche introdotte nel Codice di procedura penale (arresti domiciliari, mantenimento a piede libero anche per gravi imputazioni, avvisi di garanzia, arresti cautelari ecc.). Di fronte ad episodi del genere, enfatizzati spesso dalla stampa di informazione e resi evidenti da eventi mediatici spettacolari, l'Ordine non può assumere atteggiamenti giustizialisti, come a volte reclama la opinione pubblica, ma in base al principio della "presunzione di innocenza" deve attendere che si concluda un iter giudiziario che spesso si protrae per molti anni. È doveroso riconoscere che sempre più frequentemente i magistrati aiutano i consigli degli Ordini a prendere decisioni, attraverso l'invio dei risultati delle loro indagini una volta conclusa la fase istruttoria, ma ciò non risolve del tutto i loro problemi sia perché Ordine e magistratura valutano i fatti secondo una diversa prospettiva e sia perché soltanto una sentenza passata in giudicato trasforma un imputato in un colpevole o in un innocente.

E infine l'Ordine, che rappresenta istituzionalmente il sistema della professione del medico, mantiene purtroppo l'ambigua duplicità di essere allo stesso tempo un "corpo professionale" e un "ordinamento". Esso infatti è l'ambito nel quale gli interessi dei sanitari vengono trasformati in parte in interessi pubblici in una professione ad alto contenuto sociale. Ma il confine tra gli interessi privati del gruppo e la loro valenza pubblica non sono poi così nettamente delineati. Spesso infatti le funzioni degli Ordini tendono a sovrapporsi (quando non a confondersi) con quelli dei sindacati, deputati legittimamente a rappresentare gli interessi dei vari comparti e i cui dirigenti finiscono col rappresentare la maggioranza nei consigli degli Ordini stessi.

Fino alla metà del '900 le professioni sanitarie erano sei (medici, farmacisti, veterinari, infermieri, ausiliari e ostetri-

che) e oggi, con la scomparsa di quelle "ausiliarie", sono diventate più di trenta che aspirano ad un proprio Ordine e a ritagliarsi uno spazio di competenza esclusiva nel mercato della sanità. Un'insidia per le 53 specializzazioni mediche riconosciute in Europa, oltre a quelle presenti in almeno due paesi europei, alle quali si aggiungono quelle nazionali "di interesse del SSN" e altre subspecializzazioni, tra le quali non mancano episodi di conflittualità per la delimitazione dei reciproci confini di competenza, che gli Ordini stentano a governare.

In questa prospettiva lo Stato ha giocato finora diversi ruoli nei processi di professionalizzazione: la formazione dei professionisti e il controllo dei meccanismi di accesso, la regolazione della struttura del mercato e la remunerazione delle prestazioni. Non è tuttora chiaro che cosa accadrà domani, in tema di legislazione concorrente, dopo la modifica dell'articolo V della Costituzione, che ha affidato potestà legislativa in materia sanitaria alle Regioni. L'orientamento politico nazionale se da un lato è parso voler ridimensionare il ruolo dello Stato nel mercato della salute, dall'altro, con la promulgazione di alcune leggi recenti, pare non accontentarsi di dare norme di indirizzo e coordinamento generali ma di volere intervenire in dettaglio sui temi specifici di cui trattano. Il dibattito sulla riforma degli Ordini nella passata legislatura è stato tanto ampio quanto inconcludente, frenato com'era dal principio della professione come "impresa" competitiva sul mercato, sostenuto dalle sentenze europee, dalla abolizione del potere tariffario, dall'affermazione della liceità della pubblicità "informativa", dalla garanzia di concorrenzialità trasparente voluta dall'Antitrust, dalla richiesta di meccanismi elettivi rispettosi delle minoranze e, soprattutto, dalla richiesta pressante di costituirsi in Ordini provenienti dalle tante (troppe?) nuove professioni comparse nel panorama sanitario italiano e da quelle richieste da tempo dalle altre professioni non mediche prive di Ordine.

E tuttavia appare chiara l'alternativa: o si aboliscono gli Ordini, come vogliono alcuni, ritenendoli corporazioni "influenti" nella garanzia della qualità professionale dei medici e utili soltanto per la

difesa di privilegi di pochi, o si riformano dando loro reali compiti "ausiliari" dello Stato, compreso, tra gli altri, quello di intervenire nella programmazione del numero degli studenti da ammettere ai corsi di laurea.

Gli Ordini dei medici non possono che essere la garanzia della qualità professionale degli abilitati all'esercizio professionale che si iscrivono negli albi, il controllo nel tempo del mantenimento

delle loro competenze attraverso la formazione continua, la consulenza in tema di scopi, obiettivi e organizzazione della sanità e il potere disciplinare nei confronti degli iscritti, ma dal 1910 ad oggi nessuna riforma è stata compiuta per dare loro il potere di intervenire efficacemente in proposito.

**Aldo Pagni**





## GLI ORDINI PROFESSIONALI SERVONO ANCORA?

Il tema odierno riprende un dibattito generale che da qualche anno investe le storiche professioni liberali, la loro costituzione, le loro organizzazioni con successivi interventi legislativi nella filosofia del pubblico interesse.

Dall'indagine dell'Autorità Garante della concorrenza (Antitrust) presieduta dall'attuale ministro del Tesoro prof. Amato della seconda metà degli anni novanta, sono stati rimessi in discussione un insieme di principi che hanno costituito la nostra storia e che, apparentemente con una visione europea del problema, sembrano interessare più che scelte politiche di rinnovamento, scelte legate a poteri economici più o meno occulti.

La mia relazione cercherà di dare uno spettro ampio sulle problematiche del sistema ordinistico, ma è chiaro che i temi specifici che affronterà si rivolgeranno poi, per esempi pratici, alla professione di Ingegnere o di Architetto.

Non certamente per trascuratezza nei riguardi delle altre professioni liberali, ma perché nella mia attività volontaria di servizio alle attività istituzionali delle professioni sia a livello provinciale, sia regionale, sia nazionale ho maggiormente approfondito i temi relativi alla mia professione. Se gli Ordini devono servire ancora è necessario un breve excursus sull'epoca e sui motivi pubblicistici della loro costituzione.

Ovviamente di quelli principali. Ne cito alcuni.

I Medici Chirurghi, i Veterinari, i Farmacisti sono nati con Legge istituita nel 1910; i Notai nel 1913; gli Architetti e gli Ingegneri nel 1923; i Chimici nel 1928; i Geometri ed i Periti nel 1922; gli Avvocati nel 1933.

Subito dopo la guerra sono stati ricostituiti gli Ordini dei Farmacisti, dei Medici, delle Ostetriche, dei Veterinari.

I Commercialisti ed i Ragionieri sono stati costituiti nel 1953, i Giornalisti ed i Geologi nel 1963, gli Psicologi nel 1989, i Consulenti del lavoro nel 1979.

La costituzione degli Ordini, per legge, nasce da un lungo dibattito culturale nato nei primi del secolo, che di fondo aveva, come principio, che l'interesse collettivo, per chi svolgeva una professione liberale ed autonoma e che poteva incidere in termini positivi o negativi sui singoli o sulla società, fosse salvaguardata da una istituzione pubblica.

Veniva stabilito per legge che chi intendeva esercitare una professione liberale, oltre che in possesso dell'adeguato titolo di studio, doveva essere iscritto in apposito albo tenuto da un organismo che aveva fundamentalmente i compiti, oltre che di tenuta dell'albo, di:

- dare pareri sulle controversie professionali e sulla liquidazione degli onorari;
- vigilare sull'esercizio professionale reprimendo gli abusi e le mancanze degli iscritti nell'esercizio della professione;
- prendere i provvedimenti disciplinari;
- curare la repressione dell'esercizio abusivo della professione;
- dare i pareri richiesti dalla Pubblica Amministrazione attinenti la professione;
- compilare ogni triennio la tariffa professionale.

Le tariffe professionali nel dopoguerra sono diventate compito diretto del governo ed in particolare del Ministero di Grazia e Giustizia.

Questo mi sembra positivo perché ha tolto ogni forma, apparente, di corporazione che il ventennio aveva, in pratica, assegnato negli anni trenta agli Ordini. Gli Ordini, infatti, furono chiusi o sospesi e sostituiti da vere e proprie corporazioni.

Solo nel 1946 hanno ripreso ad esistere e funzionare.

Nel 1947 la Costituzione della Repubblica Italiana riprende, più o meno indirettamente, il problema delle professioni liberali e l'accesso all'esercizio professionale.

L'art. 33 recita: "è prescritto un esame di Stato per l'ammissione ai vari ordini e gradi di scuole o per la conclusione di essi e **per l'abilitazione all'esercizio professionale**".

Quindi se si vuole modificare l'accesso all'esercizio professionale non basta una leggina, **si deve riformare la Costituzione con tutti** gli iter che ben conosciamo.

L'art. 24 recita: "Tutti possono agire in giudizio per la tutela dei propri diritti ed interessi legittimi. La difesa è diritto inviolabile in ogni stato e grado del procedimento".

L'art. 32 recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività".

Sul tema salute come diritto l'argomento è chiaramente ben più ampio del solo riferimento alla parte medica. Mi sembra chiaro che comprenda i problemi dell'ambiente, della sicurezza, se non altro in termini preventivi.

Il governo pare intenda confermare gli Ordini necessari alla pubblica utilità facendo cenno alla salute (medici), difesa (avvocati) e quelli che esercitano una funzione pubblica.

Qui il tema non è chiaro.

Certamente i notai, ma la funzione pubblica è svolta, pesantemente, da altre professioni.

Non è pubblico il rilascio di un collaudo statico che costituisce documento fondamentale per consentire l'abitabilità degli edifici?

Non è pubblico il rilascio di tutte le certificazioni sulla conformità degli impianti (Legge 46/90) che costituisce anch'esso documento indispensabile per il rilascio, anche in questo caso, del certificato di abitabilità?

Analogamente, costituisce interesse pubblico la predisposizione ed approvazione dei documenti catastali relativi a nuovi fabbricati, necessario non solo per il certificato di abitabilità ma, come conseguenza diretta, per l'attribuzione delle rendite e delle conseguenti tasse.

A maggior ragione, con l'introduzione dello snellimento delle procedure edilizie ora è il tecnico esterno alle pubbliche amministrazioni che rilascia (tra virgolette) le autorizzazioni edilizie ed in Regione Lombardia e Toscana anche le concessioni.

Funziona quale incaricato di pubblico servizio, con pesanti sanzioni penali e di sospensione dall'esercizio professionale se il progetto non è conforme ai piani urbanistici, ai regolamenti d'igiene o alla normativa dei Vigili del fuoco.

Non è, allora, necessario che un organismo terzo, l'Ordine, vigili sul comportamento dei liberi professionisti nell'interesse dei cittadini che non possono conoscere tutte le normative ma che si affidano, in buona fede, al professionista che hanno scelto?

Faccio solo presente che una sospensione dell'esercizio professionale, oltre che un marchio morale che non ha prezzo, toglie al professionista il lavoro. Equivale ad un licenziamento temporale per un lavoratore dipendente.

Le leggi istitutive degli ordini fissano delle competenze **esclusive** ed altre inclusive, cioè connesse a più professioni, ma sono pur sempre leggi che riservano determinate attività a chi possiede un titolo di studio adeguato ed ottenuto l'abilitazione all'esercizio professionale.

Ovvio che se si pone in discussione il valore legale del titolo di studio gli argomenti che sto trattando decadono automaticamente.

Questa riserva di attività sia esclusiva, per alcuni ordini, che inclusiva **non è un privilegio feudale**, ma esprime un interesse pubblico che oltre che sicurezza e salute, come prima illustrato, è anche di portata economica e la tutela si estrinseca nel garantire alla collettività che alcuni compiti siano svolti da chi è in grado di fornire una garanzia di competenza derivata da un adeguato curriculum di studi e soprattutto da un controllo sull'operato dei singoli esercitato da un organismo terzo, l'Ordine.

Questi sono i concetti generali, storici, ma sempre più presenti anche nella realtà





attuale, ma adesso è intervenuta l'antitrust a creare lo scompiglio, poco dopo il Commissario Europeo alla concorrenza prof. Monti, poi le prime dichiarazioni programmatiche del Presidente del Consiglio e, nel contesto generale, le società di ingegneria spinte dai consolidati poteri economici.

Quando parlo di società di ingegneria non pensate che mi rivolga ad un possibile concorrente della mia attività ma mi riferisco ad un concetto generale che attraversa tutte le professioni liberali.

Basti pensare alle società di revisione di tipo anglosassone, alle società di studi legali anch'esse di stampo anglosassone dove non esiste più il rapporto di fiducia personale con il professionista ma quello asettico con la società.

Manca solo che nasca una S.p.A. medica alla quale il cittadino si rivolgerà in termini asettici senza sapere se sarà curato da un medico o da chi nella società ha apporato il capitale.

La tendenza è, comunque, quella di assimilare il libero professionista ad una impresa. Per ora il passo, in ossequio al mondo anglosassone, è già semiconsolidato per le professioni tecniche, è breve il passaggio per quelle degli avvocati, dei commercialisti e, può darsi, per i medici.

Che cosa ha formulato l'antitrust di Amato? Tre punti fondamentali:

- l'esistenza degli Ordini costituisce motivo di impedimento all'accesso alla professione;
- il divieto di fare pubblicità;
- l'obbligo, per i professionisti, di applicare la tariffa professionale che "dovrebbe" costituire minimo inderogabile.

Il primo punto è un'assurdità, per iscriversi all'Ordine è necessario e sufficiente essere in possesso del titolo di studio ed avere superato l'esame di abilitazione. Lo dice la Costituzione, non gli Ordini. Non esiste altro vincolo per tutti gli Ordini salvo per quelli le cui professioni sono contingentate (notai e farmacisti).

Un esempio pratico, l'Ordine degli Ingegneri di Milano che è il secondo in Italia per numero di iscritti (9200 circa) presenta il 49% di Ingegneri di età inferiore ai 30 anni e il 41% compreso tra i 31 ed i 50 anni.

Dove è l'impedimento all'accesso alla professione?

Il secondo punto rappresenta una norma certamente obsoleta, non comune a tutti gli Ordini, tra l'altro, che può benissimo essere eliminata regolamentandone forme e modalità perché la pubblicità di una professione intellettuale deve essere informativa ed oggettiva.

Il terzo punto (tariffe) che limiterebbe la concorrenza costituisce un problema più complesso.

Perché esiste una Tariffa?

La risposta è ovvia. La tariffa minima garantisce soprattutto il committente pubbli-

co o privato che sia; in seconda battuta il professionista. Le professioni liberali non sono professioni protette perché hanno una tariffa, al contrario hanno una **tariffa per proteggere e dare garanzie alla collettività**.

L'Ordine ha proprio il compito di garantire di fissare le regole di etica e deontologia e controllare proprio sotto questo aspetto l'operato dei propri iscritti.

Al di sotto di minimi imposti non è possibile svolgere un'attività **se deve essere di qualità e completa in tutti gli elaborati** e quindi non si può garantire l'utente.

D'altra parte le tariffe le hanno tutti.

Le hanno gli operai e gli impiegati e vengono definite con contratto nazionale definito in un rapporto con le forze sociali.

Gli amici imprenditori hanno mai pensato di pagare i propri dipendenti con un importo inferiore a quello definito dai contratti di settore?

Le imprese che concorrono a pubblici appalti basano le loro offerte su listini propri o pubblici. Se l'importo è inferiore a determinate soglie vengono giudicate anomale e scartate.

È necessario comprendere che la prestazione professionale viene **valutata dopo che è stata svolta**, non all'atto dell'assegnazione dell'incarico.

Quando si acquista un prodotto si ha la possibilità di verificarne altri analoghi, di fare una comparazione e scegliere quello che più si adatta alla propria borsa in funzione della qualità del prodotto stesso che si è in grado di esaminare.

Quando si sceglie un professionista che svolgerà per il proprio committente una professione intellettuale, che verrà svolta, ci si basa **solo** sulla fiducia legata spesso alle informazioni preventivamente assunte presso conoscenti.

Il sistema di garanzia degli Ordini Professionali riguarda gli uomini, i cittadini, la collettività nel suo complesso ed il fatto che l'offerta di conoscenza propria del professionista sia qualificata ed adatta a risolvere i problemi.

Non ritengo che sia accettabile che si tenti di equiparare l'esercizio di una professione a quello di un'attività imprenditoriale, dimenticando che la prestazione intellettuale è **fornitura di sapere e non vendita di merce**.

Il lavoro delle professioni intellettuali è regolato dal C.C., art. 2229 e seguenti, ed è caratterizzato **dall'intuitus personae** ovvero dell'identità del professionista e **dalla fiducia** da intendersi non solo come generico principio basato sulla buona fede ma che presupponga dati specifici ed individualizzati.

In questo contesto, però, si inseriscono le dichiarazioni del Commissario Monti che, in nome di presunta mancata libera concorrenza, attribuisce (in una intervista televisiva che ho ascoltato personalmente) agli Ordini la **colpa** di incidere negativamente sugli interessi economici del paese. Il sistema Ordinario è responsabile, sempre secondo Monti, della mancata crescita economica del nostro paese. Sono pronto a sfidare chiunque a citare un caso in cui l'Italia abbia perso una gara internazionale di progettazione per colpa del sistema ordinistico e non perché, chi concorreva non aveva fatto un buon progetto.

Il Presidente del Consiglio nel suo discorso programmatico aveva sollevato il tema, secondo me prendendo una bufala grossa come una casa, aveva infatti dichiarato: "Non è possibile che il talento e la professionalità di un giovane debbano sottostare ai vincoli di un Ordine professionale che quel ragazzo non lo accoglie soltanto perché quel ragazzo non ha avuto la fortuna di nascere nella famiglia giusta".

Ho già spiegato prima quali sono le condizioni di accesso: titolo di studio ed esame di abilitazione. Certo chi è figlio di un professionista è più facilitato a svolgere la professione non all'accesso, gli Ordini non c'entrano.

Il figlio dell'imprenditore prosegue, se vuole, nell'attività del padre e così quello dell'attore. Vogliamo impedire ai figli di De Sica, Gasmann o Dapporto di fare gli attori?

Certo è anche possibile che la famiglia giusta conti ma non per iscriversi all'Ordine ed esercitare la professione.

Salvo, come ho detto prima, per quegli Ordini a numero chiuso che possono essere iniquamente selettivi.

**Ciò non vuol dire che si debba fare di tuttata un'erba un fascio.**

Non è giusto nell'interesse dei professionisti, ma soprattutto in quelli della collettività.

Forse nello specifico delle professioni tecniche si registra un attacco di chi vede nel terziario uno sbocco futuro per attività imprenditoriali.

Non per niente le cosiddette società di ingegneria una volta organizzate nell'OICE sono entrate nella FITA (federazione terziario avanzato) che aderisce a Confindustria.

Forse la professione intellettuale viene vista come un sistema produttivo che si vuole catturare. Produzione di servizi non di prodotti merceologici, ma che può rendere ed allora il primo passo è quello di muovere vie ad alto livello per eliminare gli Ordini professionali.

Da quanto ho detto credo che abbiate capito che rimango un sostenitore del sistema ordinistico.

Gli Ordini servono ancora.

Devono essere riformati e svolgere, oltre alle attribuzioni attuali, quelle necessarie alla società moderna ed alla concorrenza con l'Europa.

È necessario che venga svolta una formazione permanente di continuo aggiornamento professionale.

Che venga promossa la qualità nel servizio professionale e la sua certificazione ai sensi delle norme europee.

Che gli Albi vengano divisi per settori e funzioni specifiche.

Che l'Ordine costituisca punto di riferimento primario per gli iscritti, sia per la costituzione di servizi a sostegno dei professionisti, sia quale interlocutore ineludibile per le Pubbliche Amministrazioni.

**Alberto Speroni**

Presidente Ordine degli Ingegneri

Dalla relazione al Rotary Varese del 20/1/2000



## IL RUOLO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ODONTOIATRI a difesa della professione e della salute dei cittadini

Il D. Lgs C.P.S. 13 settembre 1946 n° 233 e successiva approvazione con Decreto del Presidente della Repubblica del relativo regolamento esecutivo 05/04/1950 n° 221, la legge n°409 del 24/07/1985 che istituisce la professione sanitaria di odontoiatria, rappresentano il corpo legislativo della nostra istituzione.

Il CAPO I (D.Lgs 13/09/1946 n° 233) degli ordini e dei collegi provinciali, stabilisce che in ogni provincia sono costituiti gli ORDINI DEI MEDICI E CHIRURGHI (oltre che dei farmacisti e dei veterinari ed il collegio delle ostetriche).

Viene eletto in assemblea fra gli iscritti all'albo (a maggioranza relativa di voti e a scrutinio segreto) il CONSIGLIO DIRETTIVO (di quindici se superano i 1500 iscritti). Ogni consiglio (che dura in carica 3 anni) elegge nel proprio seno: il Presidente, il Vicepresidente, il Tesoriere, il Segretario.

Al Consiglio Direttivo di ciascun ordine spetta (art 3):

- Compilare e tenere l'albo e pubblicarlo al principio di ogni anno
- Vigilare sulla conservazione del decoro e della indipendenza dell'istituzione
- Designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti, organizzazioni provinciali o comunali
- Promuovere e favorire le iniziative che facilitano il progresso culturale degli iscritti
- Dare il proprio concorso alle autorità locali su provvedimenti che possono comunque interessare l'ORDINE
- Esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari (liberi professionisti) iscritti all'albo
- Interporsi se richiesto nelle controversie fra sanitario e sanitario o fra sani-

tario e persona o enti dove il sanitario presti la propria opera, quindi per questioni inerenti l'esercizio professionale, procurando la CONCILIAZIONE della vertenza e in caso di non riuscito accordo dando il suo parere sulle controversie stesse.

Si comprende da queste attribuzioni come L'ORDINE vigilando sul decoro e sulla propria indipendenza, VIGILI E PARTECIPATI a mantenere vivi e vitali i principi deontologici enunciati sul CODICE PROFESSIONALE impedendo che ingerenze esterne e/o improprie denaturino i concetti etici che ne sono al fondamento.

CIO' RICADE sia sulla difesa della salute dei cittadini che si vedranno curati da professionisti che devono rispondere ai propri principi, sia sui professionisti stessi in quanto tutelati da una istituzione propria. Inoltre favorendo e promuovendo le iniziative che facilitano il PROGRESSO CULTURALE degli iscritti si migliora la qualità professionale e la competenza in un progetto di formazione permanente (ECM). Tutto ciò non può che ricadere positivamente sulla salute dei cittadini. Inoltre l'ORDINE promuove e fa rispettare il CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA.

Questo è un corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, vincolanti per gli iscritti all'ordine, che a quelle norme devono quindi adeguare la loro condotta professionale (approvate dal Consiglio Nazionale in vigore dal 3/10/1998). Da questo Codice di deontologia medica si evince con chiarezza per l'ORDINE che ne è custode e difensore, quale sia una parte importante del nostro RUOLO ISTITUZIONALE.

Il nostro CODICE è preceduto dal



giuramento professionale che traccia il comportamento del medico.

Il codice di Deontologia Medica consta di 6 titoli e di una disposizione finale.

• **Il PRIMO titolo definisce l'oggetto e campo di applicazione**

• **Il SECONDO titolo tratta i DOVERI DEL MEDICO**

L'indipendenza e la dignità della professione, il segreto professionale, l'accanimento diagnosticoterapeutico, l'aggiornamento e formazione professionale permanente, sono solo alcuni punti essenziali di questo titolo.

Si può comprendere come si intersecano tutela della professione e tutela della salute del cittadino.

• **Il TERZO titolo parla proprio dei rapporti con il cittadino**

Rispetto dei suoi diritti, competenza professionale, continuità delle cure, certificazione, la libera scelta del medico e del luogo di cura (che costituisce principio fondamentale del rapporto medico/paziente).

Doveri del medico verso i minori e gli anziani e i disabili, informazione e consenso, assistenza ai malati inguaribili, trapianti e sperimentazione sono altri punti fondamentali di questo capitolo.

• **Il titolo QUARTO tratta i rapporti con i colleghi**

Solidarietà tra medici, consulenza e consulto, rapporti con l'Ordine professionale sono alcuni dei punti trattati.

• **Il titolo QUINTO tratta i rapporti con i terzi**

Regola lo svolgimento dell'attività

professionale.

• **Il titolo SESTO affronta i rapporti con il SSN** e con enti pubblici e privati, dove gli obblighi deontologici del medico a rapporto di impiego o convenzionato, la medicina dello sport, la tutela della salute collettiva sono i punti salienti.

La disposizione finale stabilisce che gli ordini provinciali inviino agli iscritti all'albo il codice di deontologia medica e di tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento.

Il medico e l'odontoiatra devono prestare il giuramento professionale.

Vorrei terminare questo breve e sintetico commento che ho ritenuto opportuno esporre in occasione del rinnovo del Consiglio, con alcune riflessioni personali.

Sembra che la stagione degli ideali sia finita (io non lo credo affatto) mentre è invece l'unico e vero motore della nostra società, è necessario sostenere questo motore con impegno e dedizione, ciò rappresenta requisito essenziale alle dirigenze istituzionali professionali come antidoto a tutto quello che è disgregante.

Nella rilettura del nostro Codice e nelle relative riflessioni vorrei rivolgere una raccomandazione a tutti i medici ad attuarlo nella quotidianità professionale e in particolare a tutti coloro che hanno anche ruoli dirigenziali.

**Fulvio Borromei**



## UN ORGANISMO A TUTELA SIA DEI MEDICI CHE DEI CITTADINI

Una opinione molto diffusa fra i Colleghi e che trova eco anche nel mondo professionale non medico è che gli Ordini professionali servano a poco o a nulla se non a riscuotere soldi degli iscritti o a "gestire potere". Tale modo di pensare, ritengo, sia dovuto in parte a una carente informazione da parte di alcuni Ordini su quelle che sono le proprie attività ma anche da una disaffezione e un disinteresse da parte degli iscritti concretizzatesi in colpevole "assenza". Ritengo, a tal punto, utile esaminare, sia pure sommariamente, come e perché siano nati gli Ordini e quali siano le loro funzioni peculiari.

Le basi per una regolamentazione legislativa della professione possono essere fatte risalire al Liber Augustialis dell'Imperatore Federico II (1191 - 1250) che al Titolo giuridico 45 stabiliva che per salvaguardare la salute del popolo le attività professionali sanitarie fossero espletate esclusivamente da medici qualificati e controllati dalla scuola (salernitana): "*Ut nullus (medicus) audeat praticare nisi in conventu publice magistrorum Salerni sit comprobatus*". Successivamente, nel 1349, lo Statuto fiorentino dell'Arte de Medici e degli Speciali imponeva che: "*Niuno medico nuovo o fisico o cerusico, possa, debba o presuma esercitare l'arte della medicina o medicare in fisica o in cerusica nella città di Firenze, il quale non sarà conventato, se prima non sarà esaminato pè consoli medici*". Come si evince chiaramente la ratio di queste norme era la tutela dei cittadini nei confronti di chi non poteva arrogarsi individualmente il titolo di medico.

Omettendo, per motivi di spazio e per non abusare della pazienza dei lettori, tutte le normative succedutesi, bisogna arrivare al D.L. CPS 13 settembre 1946 n°233; "Ricostruzione degli Ordini delle professioni sanitarie e disciplina dell'esercizio delle professioni stesse" (art.3) e al D.P.R. 5 aprile 1950 n°221: "Regolamento per la esecuzione del D.L. CPS 13/9/46 n°233" (come puro inciso bisogna ricordare che il regime fascista nel 1935 abolì gli Ordini trasferendone le competenze alle associazioni sindacali).

A cosa serve un Ordine?

Il D.L. 233 all'art. 3 stabilisce le competenze dell'Ordine come di seguito riportato:

- tenere e pubblicare l'Albo dell'Ordine;
- vigilare sul decoro e l'indipendenza dell'Ordine;
- designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti o organizzazioni provinciali o comunali;
- promuovere e favorire le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
- dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nella attuazione dei provvedimenti che comunque possano interessare l'Ordine;
- esercitare il potere disciplinare nei confronti degli iscritti agli Albi e interporre nelle controversie tra colleghi e tra sanitari e clienti in materia di spesa, di onorari o di altre questioni inerenti l'esercizio professionale.

Altri importanti riferimenti normativi sono rappresentati da:

*Art. 33 Costituzione*: che prevede un esame di Stato per l'ammissione ai vari ordini e gradi di scuola e per la conclusione di essi e per l'abilitazione all'esercizio professionale.



Art. 100 Testo Unico Leggi Sanitarie (R.D. 27 luglio 1934 n° 1265): che fa divieto di esercitare abusivamente la professione di medico-chirurgo a chiunque non abbia conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio professionale.

Art. 348 C.P.: che punisce chiunque esercita abusivamente una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato.

Infine dall'Art. 2229 C.C. che così recita: "La legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi ed elenchi. L'accertamento dei requisiti per l'iscrizione negli albi o negli elenchi, la tenuta dei medesimi e il potere disciplinare sugli iscritti sono demandati alle Associazioni professionali, sotto la vigilanza dello Stato".

L'importanza delle predette norme deriva dal fatto che esse affermano il principio della dimensione pubblica della medicina e quello dell'autogoverno disciplinare della categoria. Si avvalorava l'interpretazione del significato della professione che pone alla base dell'esercizio della medicina non soltanto un insieme di conoscenze tecnico-scientifiche espresse al più alto e aggiornato livello, ma anche regole di comportamento di ispirazione etica e sociale.

L'Ordine realizza una duplice tutela: quella dei cittadini, cui garantisce che gli esercenti la professione (*tenere e pubblicare l'Albo*) siano in possesso dei requisiti previsti dalla legge e operino secondo le norme della deontologia; quella dei medici, nei confronti di comportamenti sleali di colleghi e favorendo il miglioramento della qualità della professione. L'esercizio della professione medica implica un impegno di servizio verso gli altri. La medicina è un modo di vita più che una occupazione e la sua pratica comporta un coinvolgimento etico strettamente personale. Ecco perché i medici devono associarsi in un organismo autorevole e autonomo, che vigili sulla loro indipendenza e sia garante di comportamenti adeguati.

Infatti, mentre nel diritto penale il reato è soltanto quel comportamento espressamente previsto come tale dalla legge e la sanzione quella già indicata nel Codice – nulla pena sine lege – la Deontologia è una creazione continua e autonoma del corpo medico, nel secolare interscambio tra valori della professione, morale e sociale e principi etici. Sicuramente alcuni problemi sorgono quando se per un verso l'Ordine deve: "promuovere e favorire le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti", d'altro canto mancano quegli strumenti di controllo della professionalità dei propri iscritti che rappresentano la più concreta garanzia offerta ai cittadini sulla qualità della professione. Importante attribuzione è quella della collaborazione con le autorità locali in quanto l'ordinamento assicura alla professione una tutela giuridica in forza della quale l'Ordine si qualifica come il solo organismo tecnico abilitato dalla legge a fornire agli organi pubblici suggerimenti e pareri in merito ai problemi di interesse della professione.

Infine, per quanto riguarda il "potere disciplinare", bisogna ricordare che l'azione disciplinare può scaturire sia dal potere discrezionale del Presidente di valutare su un fatto di cui è venuto a conoscenza, sia su istanza – del Prefetto o del Procuratore della Repubblica – e in questo caso è obbligatoria, anche se poi l'esito può essere il proscioglimento. E, a questo proposito, duole riconoscere che uno sforzo enorme da parte di questo Consiglio è quello di riportare all'interno dell'Ordine, nel tentativo di ricomporre le varie "controversie" fra Colleghi che invece sempre di più trovano spazio o sulla stampa o nelle aule giudiziarie, spesso in maniera scandalistica e sempre comunque abdicando alla facoltà di autonomia ed indipendenza.

Il significato profondo dell'Ordine consiste nella sua capacità di tutelare i principi costitutivi della dignità della professione. Garanzia della dignità professionale sono la indipendenza intellettuale e la libertà scientifica che sostanziano la potestà di curare; il dovere di aggiornamento; la quotidiana attenzione alla qualità del proprio lavoro garantendone la costanza nel tempo. Per questo i DPR che rendono esecutivi gli accordi collettivi nazionali dei medici dipendenti e convenzionati assegnano la presidenza della commissione nazionale di VRQ al Presidente FNOMCeO, la presidenza e le commissioni regionali professionali e di VRQ ai Presidenti degli Ordini capoluogo di regione e quelle delle commissioni di USL ai Presidenti degli Ordini provinciali e, a

questo proposito, non si può nascondere la profonda soddisfazione di questo Consiglio che anche in Sicilia siano state avviate finalmente le commissioni di verifica e revisione della qualità.

#### **Definizioni**

*Professioni intellettuali:* sono quelle che comportano l'espletamento di attività di natura prevalentemente intellettuale riguardanti settori di interesse collettivo o di rilevanza sociale, il loro esercizio richiede il possesso di particolari e idonei requisiti di formazione culturale, scientifica e tecnica ed è caratterizzato da autonomia decisionale nella determinazione delle modalità di perseguimento dei risultati, nonché dell'assunzione di respon-

sabilità dirette e personali in relazione alle prestazioni svolte.

*Deontologia:* insieme delle regole morali che disciplinano l'esercizio di una determinata professione.

*Ordine:* ente pubblico non economico (ausiliario dello Stato), necessario (svolge attività amministrativa), locale (sfera di azione provinciale), obbligatorio (mancata iscrizione=abusivismo), autonomo (autoregolamentato), associativo (formato dall'insieme degli iscritti e autofinanziato), democratico (costituzione degli organi mediante libere elezioni).

**Giovanni Merlino**



## L'ORDINE E I PROBLEMI DELLA MEDICINA: UN MANIFESTO PER LA PROFESSIONE

### Premessa

Da sempre i medici si fanno carico delle sofferenze altrui e si assumono tutta la responsabilità dei loro interventi; oggi avvertono che il costume, nell'epoca dei maggiori trionfi della medicina, è cambiato: il medico rischia di prendere su di sé il peso di conflitti di valore e di rivendicazioni sociali che provocano insoddisfazione tra i cittadini e disagio tra i medici. È arduo esercitare in condizioni di scarsa serenità e i medici debbono denunciare queste difficoltà, mai coprendo negligenze e imperizie, ma difendendo la dignità della professione.

Ogni giorno i magistrati chiamano in causa i medici e non l'organizzazione, la stampa sbatte in prima pagina gli avvisi di garanzia e dimentica le assoluzioni, i politici tentano di far quadrare i bilanci limitando l'autogoverno della categoria. Eppure la tranquillità dei medici è il fondamento della sicurezza del paziente.

### I dilemmi della medicina moderna

Si parla sempre più spesso di "crisi della medicina" confondendo i problemi scientifici e metodologici, con quelli politici e sociali dell'assistenza sanitaria. La crisi della medicina nasce più dai suoi successi che dai suoi fallimenti: il progresso della scienza e della tecnica induce bisogni incrementali, mentre si assiste al passaggio, in una società complessa, dalla cultura della malattia a quella della salute.

Oggi si contesta alla medicina di occuparsi solo della dimensione biologica dell'uomo, trascurando quella psicologica e sociale, disattenta agli aspetti umani della relazione e a quelli economici della sanità. Ma in una società multiculturale e multietnica, caratterizzata dal relativismo etico e da concezioni diverse della salute, della malattia, della guarigione e della morte, non è facile ridefinire scopi e

obiettivi della medicina senza snaturarne i fondamenti scientifici che ne hanno consentito gli innegabili, straordinari successi.

Non crediamo che l'interpretazione razionalista del mondo abbia tradito i valori umani della medicina. I medici, è vero, ricevono un'educazione inadeguata a affrontare la realtà di oggi. Travasare tuttavia tutte le tensioni ideologiche della società e dei sistemi sanitari nella medicina è operazione perdente per tutti. Occorre individuare scopi compatibili tra sanità e medicina.

Una rinnovata definizione degli scopi della medicina non può nascere né all'interno della professione né essere importata; può essere soltanto frutto del dialogo con la società.

Soffriamo le conseguenze di un pesante economicismo in sanità che condiziona l'operato dei medici imponendo loro un ruolo di meri contenitori delle spese di fronte a un paziente sempre più esigente. Pur nella doverosa eticità dell'attenzione all'uso delle risorse, ciò allontana la riflessione sugli scopi della medicina.

Valore fondante di un rinnovato patto con la società è il diritto dei cittadini a una medicina affidabile e efficiente e quello dei medici alle condizioni strutturali e professionali per poterla erogare.

### I limiti della medicina

Tuttavia non si può rimanere indifferenti di fronte alla crescente sfiducia dei cittadini nella medicina scientifica, alla loro rivendicazione del diritto di curarsi o di non curarsi, di scegliere tra opportunità di cure diverse e di giudicare l'operato dei medici, e alla propensione a denunciarne gli errori e a trascinarli in tribunale. Inoltre, la tendenza a subordinare le competenze dei medici alle logiche della pubblica amministrazione, che

li esclude dalla elaborazione delle politiche sanitarie, insieme alla progressiva burocratizzazione che grava sulla professione medica, hanno creato disaffezione tra i professionisti che operano in sistemi sanitari tanto economicamente insostenibili quanto socialmente insostituibili.

Problema ulteriore della medicina moderna è la iatrogenesi. Non solo la medicina è scienza probabilistica, le cui decisioni nascono dall'uso che ciascun medico fa di ciò che sa per prevedere ciò che non sa, la prognosi, ma il rischio iatrogeno è connesso con qualsivoglia pratica terapeutica e diagnostica. In medicina l'obiettività non è sinonimo di verità e il metodo nasce dal combinarsi di esperienza e conoscenza. Ciò pone il problema del consenso informato come possibilità di "dire la verità" e come informazione dialogante che indirizza il paziente senza costringerlo, spiegando però che la guarigione non è sempre lo scopo della terapia e che spesso il rapporto tra costi e benefici deve valutare anche una neomatattia iatrogena.

Vi è oggi un continuo confronto, che spesso finisce nelle aule giudiziarie, tra la posizione di garanzia del medico nei confronti del paziente e, quindi, del suo obbligo di curarlo, e l'autonomia del cittadino col quale devono essere concordate scelte e mezzi per la cura e, anche, il risultato atteso e quello possibile e, infine, quale prezzo potrebbe esser pagato. Quale salute individuale e collettiva si intende realizzare nei prossimi decenni? È importante rendere i cittadini consapevoli di ciò che la medicina può fare e di ciò che non le si può chiedere. La medicina combatte l'invecchiamento e la morte, vuol conseguire la salute, aiutare contro le angosce della vita, alleviare il dolore e per questo mobilita un apparato enorme dagli ingentissimi costi. Questa consapevolezza costringe a rinunciare ai trionfali annunci salvifici e, al contrario, a condividere, tra professione e società, una visione realistica su quale salute realizzare.

La medicina oggi non è soltanto scienza dell'individuo ma delle popolazioni e il rapporto tra epidemiologia e casistica, tra medicina fondata sulle evidenze e peculiarità del singolo malato, tra incertezza epistemologica e raziona-

lità delle decisioni, tra efficacia delle prestazioni e utilità per il paziente, tra solidarietà come misura morale e giustizia come valore deontologico, tutto ciò rappresenta un mutamento epocale sul quale riflettere.

### La crisi della professione

In questi anni si è accentuata la crisi della professione medica. Ne sono causa il costo dei servizi medici e l'affidamento della sanità al cosiddetto "terzo pagante", l'invecchiamento della popolazione e il conseguente sovraccarico dei servizi, l'esplosione di una tecnologia sempre più sofisticata, un nuovo vissuto autonomista del cittadino, la diffusione dell'informazione mediatica, l'inarrestabile malpractice, il mutamento dei concetti di salute e di malattia che enfatizza il giovanilismo, la performance ad ogni costo, il consumismo. L'affermarsi dei grandi sistemi sanitari trasforma una antichissima pratica - la medicina intesa come arte, cioè come prassi tecnica e relazionale - in impresa industriale, soggetta alle ferree logiche del bilancio e alla necessità di rendere congrue le procedure cliniche sia alle esigenze dei pazienti che agli obiettivi aziendali. Altresì l'affidamento di compiti gestionali senza il potere decisionale trasforma la gestione in un esercizio di burocrazia. È necessario un sistema rinnovato che esalti i valori della professione, non per ispirarsi a un nobile ma perduto passato, ma per coinvolgere la professione nella mission aziendale.

Essere dirigenti significa essere protagonisti del cambiamento e autonomi gestori delle risorse. Accettare la sfida dell'appropriatezza significa confrontarsi con il paziente prima che con la amministrazione, quindi ridefinire la delega contrattuale data al medico, accentuandone il potere professionale prima che gestionale.

Tuttavia ogni anno oltre 20.000 giovani si iscrivono ai corsi di laurea breve e molti proseguiranno per il successivo biennio conseguendo estese competenze in settori finora specificamente medici; oggi il contenzioso assicurativo è in intollerabile passivo, mentre le cause penali pendenti sono migliaia; nel 2020 circa il 75% della spesa sanitaria sarà destinata all'assistenza degli anziani; l'introduzione



ne di tecnologie innovative, le scoperte della genetica, le attese in nuove terapie produrranno costi inarrestabili. La sempre maggior coincidenza tra “atto medico” e “trattamento terapeutico”, basti pensare alla medicina estetica, comporta un'estensione incontrollabile del concetto di salute e, quindi, degli interventi del medico. Nonostante ciò resta il nucleo valoriale della professione.

Se si intende per professione una prassi fondata su un sistema formale di conoscenze apprese mediante una formazione specifica, dotata di un codice etico, di forme associative autonome, riconosciuta dallo Stato come attività esclusiva, il cui esercizio è reso possibile dall'iscrizione all'albo dopo il conseguimento della laurea e il superamento dell'esame di abilitazione, è indubbio che queste caratteristiche sono ancora presenti nella professione medica, ma frammentate e disperse in modo che l'autogoverno della categoria è fortemente compromesso. Finché il paziente porrà al medico il suo personale problema e questi sarà capace di descriverlo, classificarlo, analizzarlo e affrontarlo, il valore della professione resterà integro.

#### **La libertà della scienza**

Vi è un diffuso clima di diffidenza nei confronti del “potere” della medicina. I cittadini sono indotti a temere che i medici siano mossi da interessi personali. In effetti vi è conflitto di interessi quando il giudizio professionale sopra un interesse primario, quello del paziente, può essere influenzato da uno secondario, un vantaggio personale. È necessario un sistema di garanzie. I medici debbono rivendicare, e nello stesso tempo garantire, di offrire pareri scientifici pluralistici, evidenti per le prove su cui si fondano e pertinenti per le loro possibilità applicative, elaborati in base a criteri trasparenti rispetto a qualsiasi conflitto di interessi e di fornire esperti sempre attenti alla deontologia professionale. La scienza medica deve garantire alla cittadinanza, nonostante il potere dell'industria e le sirene dei mass media, indipendenza, trasparenza e precauzione nella valutazione di nuove tecniche. Se il conflitto di interesse è una condizione della scienza e della prassi medica moderna, a

maggior ragione si deve tentare una regolamentazione che delimiti e impedisca comportamenti scorretti.

La scienza pura offre la garanzia di una metodologia validata, quella applicata offre la deontologia della “scienza e coscienza”, ma la scienza implicata nelle scelte pubbliche può essere ancora autoreferenziale o, se non lo è, fino a che punto si possono “servire due padroni”, i fini della medicina e la mission aziendale? È possibile un “governo clinico” della sanità che ne faccia coincidere i valori?

#### **La tutela della salute**

Il Governo italiano sembra orientato a mantenere il finanziamento generale del servizio sanitario. I costi dei servizi medici rendono obbligata questa scelta se si vuole una sanità universale e uguale, almeno nei livelli essenziali di assistenza, e rifiutare una sanità a più vie, a seconda del censo. Tuttavia tali fini possono essere raggiunti attraverso diverse tipologie organizzative. Si può agire sull'offerta (lista ristretta di farmaci concedibili, elevato ticket, scelta severa di prestazioni concedibili, insomma: razionamento), oppure si tenta di razionalizzare domanda e offerta (contrazione dei posti letto, proposta di linee guida cliniche e di percorsi assistenziali, priorità assistenziali, educazione sanitaria e quant'altro). Esistono diversi modelli di servizio sanitario, ma tutti si possono realizzare solo se sono capaci di esaltare la responsabilità dei professionisti, affidando alle loro autonome organizzazioni, formazione, accreditamento e governo clinico.

La crisi dei sistemi sanitari dipende anche dalla confusione tra obiettivi e vincoli (curare o rispettare i tetti di spesa?), dall'attenzione alla produttività piuttosto che all'efficacia (eccellenza dell'accREDITAMENTO o utilità pratica?), dal privilegio per il razionamento prima di aver esplorato la razionalizzazione. Vi è nella sanità, pur nella irrazionalità insita nell'oggetto stesso della cura, una ragionevole efficienza produttiva e una inadeguatezza allocativa.

Se è vero che l'86% dei medici considera il SSN una scelta da mantenere e il 93% dichiara “assente” la collaborazione con la direzione aziendale, ciò conferma,

da un lato l'enorme complessità dei sistemi sanitari, dall'altro che l'insoddisfacciente collaborazione con l'amministrazione porta con sé una sorta di mancata identità professionale.

Occorre modificare l'organizzazione dell'impresa sanitaria, chiunque ne sia a capo, difendendo l'autonomia dei medici, nell'interesse dei pazienti. L'ostilità verso gli Ordini professionali coniuga una visione aziendalistica di stampo liberistico con una concezione del servizio pubblico di stampo burocratico; è innegabile che ciò mette in crisi l'antica professione di medico.

#### **Riordinare la professione medica**

Dopo una lunga stagione di diffidenza del mondo politico nei confronti degli Ordini, accusati di difendere gli interessi dei medici, piuttosto che di tutelare quelli dei cittadini, oggi pare prevalere la tesi della loro utilità, purché “rivisitati” nelle loro funzioni. Il riordino delle professioni intellettuali si fonda sul riconoscimento della professione medica come attività autonoma, soggetta a regole stringenti a causa della asimmetria della domanda e dell'essere rivolta alla tutela di un bene costituzionalmente garantito, la salute.

Se è garanzia per il cittadino il codice deontologico e la verifica della qualità del prestatore d'opera, allora la professione non può essere regolata né dalla logica di un preteso liberismo né da quella, ugualmente distorta, della pubblica amministrazione.

Da ciò deriva l'autogoverno della categoria che si esercita garantendo che la formazione sia adeguata alle esigenze della cittadinanza e del modello produttivo. Debbono quindi essere separati il ruolo e i compiti delle organizzazioni della professione. I **Sindacati** sono organizzazioni volontarie cui si aderisce liberamente, che hanno lo scopo di tutelare gli interessi delle categorie, la negoziazione e la concertazione delle condizioni di lavoro. I sindacati rappresentano gli iscritti e stipulano accordi validi erga omnes. **Gli Ordini** sono enti ausiliari dello Stato a cui è obbligatorio iscriversi per l'esercizio della professione. Tale obbligatorietà rende impossibile per gli Ordini arrogarsi la rappresentatività degli inte-

ressi economici degli iscritti nei confronti dei quali, a garanzia del cittadino, esercitano il potere disciplinare in grazia del mandato di autonoma tutela deontologica ricevuto dallo Stato e attuano la verifica del mantenimento nel tempo della qualità professionale. **Le Società Scientifiche** sono organizzazioni libere che hanno per scopi il miglioramento della cultura degli iscritti, l'approfondimento dei contenuti della specifica disciplina, l'implementazione delle capacità professionali dei propri membri.

Oggi il contenuto di contratti e convenzioni, più pregnante sul piano professionale, rende necessario esplicitare i compiti degli Ordini in quanto è indispensabile una sede ove la professione possa tutelare i propri valori nell'interesse dei cittadini, senza condizionamenti di vantaggi immediati.

#### **Ordine e professione**

Lo Stato è sempre intervenuto sulla professione medica, definendone “dall'alto” le modalità di organizzazione e di esercizio: dalla formazione universitaria ai meccanismi di accesso (esame di stato e iscrizione all'Albo), dalla regolazione dei contratti all'oligopolio dell'offerta in un mercato sanitario “amministrato”, fino alle norme sulla organizzazione del lavoro e sull'esercizio della professione. Ai medici, ormai quasi del tutto operanti in strutture pubbliche o private, della dimensione libero-professionale è rimasta soltanto la rivendicazione del “ruolo medico” nella responsabilità della diagnosi e della terapia. E gli Ordini?

In effetti gli Ordini hanno finora subordinato la dimensione culturale e la riflessione bioetica alle questioni pratiche più immediate, finendo col rendere marginale le rappresentanze dei medici nel dibattito sociale sull'evoluzione della medicina stessa.

La difesa e il recupero dell'autonomia professionale dei medici oggi può avvenire in due modi: o con l'assunzione diretta di un ruolo manageriale o con la produzione di linee guida per utilizzare al meglio le risorse e rendere più agevole al paziente la fruizione delle prestazioni. La razionalizzazione dei comportamenti dei medici, attraverso la produzione autonoma di linee guida derivanti dal continuo



aggiornamento delle conoscenze, rappresenta l'unica via percorribile, se scevra da conflitti di interesse, per dare concretezza al ruolo del medico ed alla sua competenza.

Questione ancor più rilevante è che mai come oggi la professione è al centro di un vastissimo dibattito sociale. I progressi della medicina costituiscono il fondamento di molta della riflessione filosofica e sociale del nostro tempo: i problemi della fine della vita e degli eccessi terapeutici, le questioni della genetica, l'abuso di sostanze, l'assistenza nel terzo mondo, la medicina di fronte all'immigrazione o alla guerra.

Compito di un Ordine rinnovato è di aiutare i colleghi a prendere decisioni nelle situazioni eticamente problematiche e di assumere il ruolo di propulsione culturale della professione e di interfaccia tra questa e la società. L'Ordine dei Medici nel futuro non dovrà avere altri compiti che quello deontologico (elaborazione del Codice Deontologico, esercizio del potere disciplinare, intervento sui temi di bioetica) e di verifica della qualità (tenuta e verifica periodica dell'albo, accreditamento dei professionisti, valutazione dell'educazione medica continua, collaborazione per la progettazione didattica, promozione di procedure cliniche metodologicamente fondate e dell'audit interno).

#### **Progettare il futuro**

Ormai è indilazionabile progettare una figura di medico capace di ap-

prendere durante tutta la vita secondo uno stile mentale "life long learning" e, nello stesso tempo, di esercitare un ruolo di governo clinico, intendendo per questo il riconoscimento del ruolo di dirigenti quale corrispettivo della responsabilizzazione nell'uso delle risorse, dell'autonomia professionale e dell'impegno per l'eccellenza nelle cure. Il rapporto 2000 dell'OMS sostiene che **"la maggior parte degli errori dei medici non risiede nell'incapacità degli uomini ma nel sistema che deve essere reso più sicuro"**.

I medici debbono discutere collegialmente le possibili cause di errore, abituandosi all'analisi delle decisioni, perché l'organizzazione fornisca condizioni ottimali di sicurezza e per contribuire a crearle, colmando lo iato tra direzione aziendale e dirigenza medica e rendendo i medici più corresponsabili della gestione e più compartecipi dei risultati.

Nel prossimo triennio vorremmo provocare un grande dibattito, organizzando iniziative nazionali e locali, chiedendo il contributo di tutte le componenti ideali e le istanze etiche presenti tra i medici fiorentini, realizzando incontri sulla:

1 Professione, 2 Medicina e società, 3 Medicina oggi.

Questo è certamente un programma molto ambizioso, ma è l'unica risposta possibile per confrontare i problemi della medicina con le istanze di una società in trasformazione.

**Antonio Panti**



## **UN ORDINE PROFESSIONALE PER IL FUTURO**

"[...] Non è cosa più difficile a trattare, né più dubia a riuscire, né più pericolosa a maneggiare, che farsi capo a introdurre nuovi ordini; perché lo introduttore ha per nimici tutti quelli che degli ordini vecchi fanno bene, e ha tepidi defensori tutti quelli che degli ordini nuovi farebbono bene. La quale tepidezza nasce, parte per paura degli avversari, che hanno le leggi dal canto loro, parte dalla incredulità degli uomini, li quali non credano in verità le cose nuove, se non veggano nata una ferma esperienza [...]"

*N. Machiavelli - Il Principe*

*Essendo la medicina un compendio degli errori successivi e contraddittori dei medici, appellandosi ai migliori di essi si hanno ottime probabilità di imparare una verità che sarà riconosciuta falsa qualche anno dopo. Di modo che credere alla medicina sarebbe la suprema follia, se non credervi non ne fosse una anche più grande, giacché da questo cumulo di errori si sono sprigionate, alla lunga, alcune verità.*

*M. Proust*

### **1. Un welfare-state in difficoltà**

La «riscoperta» del valore del mercato e della concorrenza, che permea la società attuale, dopo anni di enfasi statalistica, non può essere senza conseguenze sulla organizzazione sanitaria del nostro paese.

E infatti il principio della libera scelta del cittadino del luogo di cura e del professionista al quale affidare la propria salute, e la affermazione della migliore qualità delle prestazioni derivante dalla competizione tra pubblico e privato, tra pubblico e pubblico e tra privati, sono i concetti ispiratori di fondo delle principali leggi che, dal 1992 ad oggi, sono state promulgate per la organizzazione sanitaria nel nostro paese.

Leggi poco armonizzate con i principi di universalità, globalità e solidarietà, sui quali si basa (o si basava?) la nostra sanità, alle quali tuttavia un numero sempre maggiore di cittadini, e non pochi medici, guardano con favore ritenendole gli

uni un indispensabile rimedio contro le delusioni dell'assistenzialismo di Stato, gli altri un antidoto alla sistematica mortificazione della professione del medico.

Giova peraltro ricordare che le leggi di riforma degli anni '80 si erano realizzate in anni di espansione economica e occupazionale e che oggi le sfide poste dalla globalizzazione dei mercati mondiali suggeriscono a tutti i paesi europei di adottare nel medio periodo politiche economiche pubbliche restrittive nei confronti del welfare-state, con effetti dirompenti nella società. Del resto non si deve dimenticare che lo stato assistenziale è il frutto di una serie di eventi storici, compiuti nell'arco di due secoli nei paesi industrializzati dell'occidente, per difenderne la stabilità sociale e politica, attraverso la offerta di modalità alternative di protezione sociale, dalle rivendicazioni crescenti dei movimenti operai. Sono molte le cause della crisi del welfare-state:

1. l'aumento delle aspettative di sicu-

rezza e di benessere da parte dei cittadini in condizioni di democrazia.

2. La lievitazione del costo delle cure e la espansione dell'offerta sanitaria, resa possibile dai progressi della tecnologia diagnostica e della farmacologia.

3. L'aumento delle malattie croniche.

4. Le modificazioni demografiche (bassa natalità, aumento degli anziani, crisi della famiglia tradizionale, immigrazioni ecc.).

5. L'esigenza di non gravare i processi produttivi di ulteriori imposte al fine di rendere competitive le nostre aziende sui mercati internazionali.

## **2. La libertà professionale tra stato e mercato**

Si voglia o no, la professione del medico, più di altre, è fortemente influenzata dalle scelte politiche sui livelli di assistenza concedibili e dalla destinazione di risorse per la sanità, decise dal Parlamento e dal Governo, senza alcuna consultazione con i medici.

Ormai da anni, in Italia, si governa la sanità con le leggi finanziarie annuali, in assenza di una qualsiasi coerenza tra risorse impiegate e obiettivi di salute definiti.

E tuttavia i nostri indicatori di salute sono tra i migliori, nel raffronto internazionale con gli altri paesi più industrializzati e ottenuti con costi inferiori.

Nel nostro paese infatti la spesa pubblica per la salute, dal 1991 ad oggi, è passata dal 6,5 al 5,3% del prodotto interno lordo, e in valori assoluti dai 95.503 miliardi del 1992 ai 94.130 miliardi del 1995, mentre la spesa sostenuta dai privati ha rappresentato il 3,2% del PIL.

Nonostante questi dati pare si abbia intenzione di sottrarre altre risorse alla sanità per il risanamento della finanza pubblica, o per altre destinazioni, nei prossimi mesi.

Ma se è vero che l'attuale dinamica dei conti pubblici richiede in ogni caso una riduzione della spesa corrente, essa dovrà essere raggiunta prevalentemente con l'aumento della efficienza e non già con il taglio dei servizi sanitari pubblici, se non si vuole correre il rischio di intollerabili tensioni sociali.

Qualsiasi progetto di Governo do-

vrebbe avere come obiettivo l'aumento della efficienza della amministrazione pubblica, sia in termini di produzione per addetto che in termini di qualità della produzione, e non solo con piccoli mutamenti organizzativi.

Appare indispensabile procedere ad almeno tre modificazioni radicali:

1. una organizzazione "in rete" dei servizi utilizzando l'informatica secondo modelli dinamici e flessibili, per renderli più funzionali, efficaci ed efficienti.

2. Modificazioni organizzative dell'apparato burocratico e delle rigide gerarchie che lo caratterizzano, per rispondere alle esigenze dei cittadini e un nuovo assetto territoriale dei servizi.

3. Una trasformazione della immobilità garantista, mal retribuita, che caratterizza il pubblico impiego.

Tali modificazioni non sono raggiungibili senza il coinvolgimento degli attori e, soprattutto, la fattiva e responsabile partecipazione dei medici, per la realizzazione di un progetto non facile.

Non si può ignorare che i costi crescenti della diagnostica e delle cure impediranno ad una quota crescente di popolazione, e non solo ai 7 milioni di poveri (10,6% delle famiglie italiane, delle quali il 68% al Sud, secondo gli ultimi dati ISTAT), di accedere a quelle prestazioni pagando di tasca propria.

La soluzione, proposta da più parti, di dare maggiore spazio a meccanismi competitivi di mercato, nell'ambito della sanità, riducendo l'intervento dello Stato a compiti sempre più residuali, attraverso il *razionamento dell'offerta* e la dissuasione della domanda (tempo perduto, percorsi ad ostacoli burocratici, liste di attesa, ticket e compartecipazioni), non può sortire altro risultato che quello di liquidare progressivamente il servizio pubblico, riservandolo ai poveri.

Aumenta infatti il numero di coloro che rinunciano a fruire dell'assistenza pubblica e ritengono insopportabile l'onere fiscale richiesto per prestazioni che non ottengono.

Cresce tra i cittadini la sfiducia nelle strutture pubbliche e la insofferenza per una solidarietà della quale comprendono sempre meno le ragioni.

Certamente la spesa crescente per la salute o è mediata dallo Stato o dalle as-



sicurazioni private, o da altre agenzie sanitarie, capaci di fornire un'ampia gamma di prestazioni, ma non ci si illuda che se lo Stato mortifica la professione medica, il privato, nelle più varie forme, sia di vedute più larghe e non voglia sottoporla a vincoli, ancor più rigidi, e controlli in vista delle aspettative di profitto.

## **3. I "quasi mercati"**

Consapevoli dei rischi della introduzione delle regole del mercato in sanità, alcuni esperti propongono che piuttosto che "mercatizzare la società" si "socializzi" il mercato, subordinandolo al bisogno, e non questo a quello, con la introduzione del concetto del "quasi mercato".

Si propongono quindi "meccanismi allocativi-organizzativi che consentano di mantenere, e anche accrescere, il carattere sociale della distribuzione, mercatizzando la produzione".

Tali meccanismi avrebbero *natura di mercato* perché sostituirebbero "a erogatori monopolistici di prestazioni pubbliche una pluralità competitiva di soggetti autonomi", e *di quasi mercati* perché differenti sul piano dell'offerta e della domanda.

Dalle scelte del passato per una *demercificazione* delle prestazioni sanitarie, si passerebbe ad un processo di *rimontizzazione* delle stesse restituendo re-

sponsabilità e potere di acquisto, in termini monetari, al consumatore.

È in questa prospettiva che si iscrivono le diverse proposte sul versante dell'offerta e della domanda, o di uno stanziamento di bilancio vincolato per il cittadino, o di "buoni"» per acquisire specifici servizi offerti all'utente, o della creazione di una agenzia pubblica incaricata delle funzioni di acquisto e del fundholding come quello affidato al medico generale inglese e di altre.

Questi tentativi di superare la crisi del welfare-state costituiscono la materia di un dibattito presente nella società, al quale non possiamo continuare ad assistere da spettatori passivi e senza intervenire.

Ma l'intervento non può essere di puro e sdegnoso rifiuto, in assenza di una qualsivoglia proposta alternativa che, preso atto della realtà, suggerisca possibili soluzioni.

I medici italiani sono convinti sostenitori di una sanità come funzione pubblica da non delegare a nessuno, entro la quale il privato può avere un ruolo integrativo essenziale e sono disposti a collaborare al progetto.

## **4. La professione del medico oggi**

È indubbio che siamo di fronte ad una crisi *della* medicina e *nella* medicina, le cui ragioni sarebbe troppo lungo analiz-



zare in questa sede.

Il paradosso è che mai, nella storia dell'uomo, le *possibilità diagnostiche e terapeutiche* dei medici avevano raggiunto i successi odierni e purtuttavia mai la medicina era stata criticata e aggredita come oggi e accusata di essere troppo costosa e disumanizzante.

Lo stesso ricorso di un numero crescente di cittadini alle *medicines alternative* è espressione di sfiducia e di un rifiuto della medicina scientifica e del suo potere, oltre ad essere conseguenza della *plethora medica* e della ricerca di sbocchi occupazionali da parte di giovani laureati privi di prospettive.

Ma in crisi è anche il *modello autoritario*, e precettivo, del medico ipocratico, tradizionalmente attento al "bene del paziente", sempre più contestato in nome della autonomia dello stesso e del diritto al consenso informato per le decisioni assunte dal medico, mentre la *Magistratura* da tempo ha abbandonato ogni atteggiamento di "comprensione" nei confronti delle difficoltà del medico e dei suoi errori, veri o presunti, fin quasi a richiedere obbligazione di risultati, oltre che di mezzi, alle sue azioni, ma soprattutto il rispetto del consenso informato del malato.

Né possiamo dimenticare che la "protezione" della professione, accordataci dallo Stato per combattere l'abusivismo nell'interesse dei cittadini, viene oggi rimessa in discussione *dall'Antitrust*.

Abolizione degli Ordini e degli Albi professionali, soppressione degli esami di abilitazione, rifiuto della tariffa minima delle prestazioni e incoraggiamento delle società di professionisti e di offerte forfetarie, sono questi i temi cari al Garante per rendere possibile la competizione delle offerte nel mercato della salute, liberandola dagli ostacoli rappresentati dal "monopolio professionale" del medico.

Di fronte ad una situazione così complessa, in trasformazione, non si può tacere sulle *divisioni* che si sono andate approfondendo, in questi anni, tra i vari settori della medicina.

Scarsa comunicazione tra i comparti, conflittualità latenti, contrasti tra occupati e disoccupati, rivendicazioni di presunte gerarchie di valori, tentativi di espro-

priazione di competenze in assenza di definizioni di ruoli, e presenza contemporanea nel settore pubblico e privato, senza riguardo alle conseguenze di immagine e di credibilità sociale, sono alcuni dei fenomeni ai quali stiamo assistendo in questi anni.

Certamente non mancano motivi a giustificazione di quanto è accaduto: l'inquadramento del personale ospedaliero nel comparto del pubblico impiego, le modeste retribuzioni del personale dipendente e convenzionato, l'assenza di una politica unitaria della professione, la progressiva "proletarizzazione" dei medici, le inefficienze della pubblica amministrazione, la contestazione politica, la denigrazione sistematica dei mass-media e il peso crescente della burocrazia, hanno finito con il demotivare il medico e renderlo più attento alla remunerazione che alla qualità del lavoro, e alla sua soddisfazione, nel settore pubblico.

È tuttavia necessario analizzare con onestà intellettuale e senza autoassoluzioni di comodo, le nostre responsabilità e quelle degli altri se vogliamo uscire dall'isolamento nel quale si trova la professione, e non solo la nostra.

La professione, anche in una società moderna, deve essere valorizzata perché è garanzia di competenze esclusive che dobbiamo garantirci, e garantire agli altri, ma dobbiamo per questo ritrovare l'orgoglio di appartenere ad una categoria di professionisti indispensabile per la vita della gente.

C'è anche da considerare che il passaggio culturale *da una medicina della malattia ad una medicina per la salute*, ha modificato fortemente il contesto sociale e sanitario nel quale si svolge la professione del medico e notevolmente aumentato il numero dei professionisti, laureati o diplomati, abilitati a svolgere mansioni e interventi rivolti alla popolazione, anche per "l'importazione" di figure professionali, prima inesistenti nel nostro paese, proposte e recepite dalla nostra legislazione in base alle Direttive europee.

Anche con esse dobbiamo misurarci, non limitandoci a sterili proteste, ma adoperandoci a definire compiti, attività e funzioni di ogni professionista.

##### **5. Il rapporto medici-paziente**

Per definizione una professione intellettuale è l'esercizio di prestazioni derivanti dal possesso di competenze esclusive.

In passato quella del medico si connotava soprattutto per il possesso di *conoscenze tecnico-scientifiche e di abilità pratiche*.

Oggi, con il progresso delle nozioni scientifiche e l'ingresso della tecnologia, la medicina reclama per il suo esercizio altre componenti, altrettanto importanti.

Oltre a sapere, saper fare e saper essere, i medici debbono poter fare e quest'ultimo requisito richiede *una struttura adeguata, una idonea organizzazione, disponibilità di risorse umane, nonché risorse finanziarie*, più o meno cospicue, a seconda del grado di sofisticazione delle prestazioni offerte, in relazione ad una tecnologia in continua evoluzione.

I ritardi della legge sulle società di professionisti e le ambiguità derivanti dall'ingresso delle società di capitali nei centri e servizi che forniscono prestazioni mediche, aggiungono ulteriori equivoci ad una situazione già abbastanza confusa.

Il rapporto medico/paziente si è trasformato in *rapporto medici/paziente*, in relazione alle diverse fasi della evoluzione delle malattie croniche e all'iter diagnostico, terapeutico e di follow-up

compiuto dal cittadino tra i vari settori della organizzazione sanitaria, che deve tener conto del fatto che spesso la stessa diagnosi viene formulata in luoghi e da persone diverse, rispetto a quelle che poi saranno chiamate a gestire e monitorare la terapia e la evoluzione della malattia.

##### *Curante e Consulenti*

Anche le definizioni di *curante* e di *consulente*, e i loro rapporti, devono essere rivisitati in una realtà nella quale la tradizionale separazione tra medicina territoriale e ospedali non è più netta come in passato.

Dimissioni protette, spedalizzazione domiciliare, day hospital, assistenza domiciliare programmata e integrata e residenze sanitarie protette, reclamano una collaborazione armonica e integrata tra i medici, e non rivalità, incomprensioni e conflitti tra chi opera in settori diversi.

Tutto ciò ha come condizione preliminare una distinzione di competenze e abilità tra i medici, e una attenzione obbligata al *personale infermieristico*, ausilio prezioso della professione, dotato di spazi di autonomia (e non più relegato ad una mortificante posizione ancillare), nonché alle *figure professionali destinate ad occuparsi dei problemi sociali*.

*La riconoscibilità sociale di una Professione*





Un'altra componente essenziale della professione è *la riconoscibilità sociale del suo ruolo da parte dei cittadini*.

Si può essere insofferenti quanto si vuole di fronte alle rivendicazioni di autonomia del cittadino in tema di salute, alla richiesta di poter dare un consenso informato alle decisioni e alle scelte che lo riguardano, alla pretesa di negoziare e contrattare iter diagnostici e terapie e alla crescente tendenza a ricorrere alla denuncia per malpractice, ma oggi non si può prescindere dalla attenzione al diritto del cittadino di scegliere e di decidere autonomamente il proprio destino.

Il paternalismo della tradizione medica-ippocratica, autoritario e precettivo, per "il bene del paziente", è definitivamente tramontato, anche se abbiamo qualche dubbio che tutto ciò sia davvero, e sempre, un vero vantaggio per il cittadino.

#### *Le Medicine Alternative*

Non si può ignorare, in questo contesto, il riaffiorare di credenze magico-religiose, anche tra persone di buona cultura e la "fuga" dalla medicina scientifica di un numero rilevante di cittadini, alla ricerca di consolazione e guarigione nelle pratiche alternative, più attente di quella ufficiale alla globalità dell'uomo, ai suoi problemi esistenziali e alla identità tra soma e psiche.

Tuttavia sbaglieremmo se liquidassimo sbrigativamente quelle pratiche con il termine spregiativo di ciarlataneria destinata ad uomini primitivi e incolti, ma altrettanto *insostenibile è la pretesa di voler equiparare la medicina scientifica, i suoi metodi e i suoi fondamenti, alle medicine alternative caratterizzate da un insieme di metodologie empiriche e di filosofie più o meno esoteriche*.

Questo fenomeno è rivelatore tuttavia di una "crisi" della medicina scientifica, paradossalmente nell'epoca dei suoi maggiori successi, ed è il segno di una insoddisfatta contestazione e denuncia nei confronti di una pratica medica scaduta ad un rapporto spesso burocratizzato e impersonale.

La crescente diffusione delle medicine non scientifiche, eterodosse o alternative, espressione di una disaffezione preoccupante nei confronti della medici-

na ortodossa, ci deve tuttavia fare riflettere sulla «disumanizzazione» che viene imputata agli interventi compiuti da quest'ultima, sulla base di una sensazione di onnipotenza.

Non possiamo continuare a fingere di ignorare che tanti medici praticano medicine alternative, o per convinzione o per ripiego occupazionale, ed *abbiamo il dovere di garantire ai cittadini almeno la innocuità, se non proprio la qualità e la efficacia dei trattamenti offerti*.

Le notizie di stampa sui danni provocati ai cittadini dal ricorso a pratiche terapeutiche incontrollate, ritenute incautamente "naturali", non possono lasciare indifferenti gli Ordini dei medici.

Né possiamo ignorare quello che accade in Europa, che in Italia i farmaci omeopatici sono entrati nella farmacopea ufficiale, che non sono poche le Università che strizzano l'occhio alla agopuntura e che fioriscono scuole e accademie, più o meno orientali, che offrono corsi accelerati di medicina cinese o tibetana.

Se le medicine alternative o complementari, sono una realtà fattuale ineliminabile, almeno sia il medico a praticarle e a scegliere l'una o l'altra, con consapevolezza e responsabilità, senza privare il paziente delle cure efficaci offerte dalla medicina scientifica.

#### **6. La salute non è una merce**

Il medico da tempo non è più "solo su un'isola deserta con il suo paziente" come scriveva un clinico tedesco ai primi di questo secolo.

La nostra professione è fortemente influenzata dalle scelte politiche sui livelli di assistenza concedibili e dalla destinazione di risorse per la sanità, decise dal Parlamento e dal Governo.

Di fronte a una "liberalizzazione" della sanità (in sintonia con la riscoperta del valore del mercato che permea la società moderna) enunciata ma non ancora compiutamente attuata, ritenuta da molti cittadini e anche da alcuni medici, un rimedio indispensabile contro i guasti provocati dall'assistenzialismo di Stato, non sono pochi coloro che avanzano forti riserve sulla bontà dei cambiamenti in atto, anche sulla scorta dei risultati non soddisfacenti ottenuti dai paesi con una sanità liberista.

La concorrenza e il mercato nella sa-



nità non rispondono alla tradizionale legge della domanda e dell'offerta per almeno quattro motivi:

Il primo è *che il cittadino-cliente non è in condizione di valutare se non la qualità esteriore dell'offerta, e non la sostanza di ciò che acquista*.

Il secondo è *che una sanità orientata a privilegiare le cure primarie e i servizi indispensabili ed efficaci, per ottimizzare le risorse, non può conseguire questi risultati se i presidi pubblici e quelli privati sono obbligati a farsi concorrenza e aumentare i consumi per sopravvivere*.

Il terzo è *che la salute non è una merce e che l'applicazione delle regole del mercato produce effetti negativi sui più deboli economicamente, sui malati gravi e sugli anziani, che il privato non ha interesse ad assistere perché molto costosi e poco redditizi*.

Perché, ed è il quarto motivo, *la spesa per la salute è ormai divenuta insostenibile per la quasi totalità dei cittadini e inevitabilmente essa deve essere mediata o dallo Stato o dalle assicurazioni private, o da altre imprese sanitarie capaci di fornire una vasta gamma di prestazioni*.

Se lo Stato mortifica la professionalità, pone vincoli sempre più intollerabili alla libertà professionale del medico e fa pagare ai cittadini i debiti e gli sprechi causati dalla propria inefficienza, le assicurazioni private o i potenti gruppi finan-

ziari privati che si propongono di surrogarlo, non garantiscono di certo una maggiore libertà di scelta al cittadino né rinunciano a sottoporre i medici a forti pressioni perché contengano le spese e accrescano i loro profitti.

In ogni paese industrializzato è in atto uno scontro/confronto, tuttora irrisolto, fra chi intende difendere attraverso un welfare-state, solidaristico e attento alla equità, i

bisogni reali dei cittadini, garantendo a tutti almeno le prestazioni e i servizi prioritari indispensabili e chi propone soluzioni liberistiche che affidino alle regole del mercato la soddisfazione e la responsabilità del cliente, promettendo efficienza e libertà ai medici e ai cittadini e assistenza garantita ai poveri. La realtà americana dimostra ampiamente le drammatiche conseguenze sociali di questa seconda scelta.

La tesi della opzione del cittadino, tra servizio pubblico e assistenza privata, è condivisibile purché l'uno e l'altra siano in condizione di esercitare la concorrenza alla pari e uguali siano i requisiti indispensabili, richiesti ai professionisti e alle strutture, per l'offerta di servizi e prestazioni e purché lo Stato definisca con chiarezza i livelli minimi di assistenza che intende garantire gratuitamente a tutti i cittadini.

Non si può rinunciare ulteriormente a

proporsi come *soggetti di una politica della professione capaci di intervenire autorevolmente nel dibattito in atto nella società sui problemi della salute e della organizzazione sanitaria, per restituire ai medici italiani il prestigio che meritano e insieme operare nell'interesse dei cittadini.*

Questo progetto non può più essere rinviato anche se non sarà facile portare a compimento, in tempi brevi, una indilazionabile *modifica della Legge istitutiva degli Ordini dei medici*, per l'autogoverno della professione comunque e dovunque esercitata.

I danni arrecati in questi anni alla sanità da ideologizzazioni catechistiche e populiste, la denigrazione, sistematica e distruttiva, operata dalla stampa e dai mass-media nei confronti dei medici italiani, il decadimento della professione provocato dalla mancata armonizzazione tra formazione e sbocchi occupazionali, il paradosso di una medicina sempre più onnipotente e costosa, e sempre più criticata, l'irrompere della autonomia dei cittadini nel tradizionale rapporto ippocratico tra medico e paziente, la filosofia ispiratrice, colpevolizzante per definizione, del Tribunale dei Diritti del Malato, l'opera in atto nei confronti degli Ordini professionali da parte della autorità Antitrust, sono solo alcune delle cause delle difficoltà della Federazione e della disaffezione dei medici nei suoi confronti.

Non ci si può infatti nascondere che esiste un crescente disinteresse per la politica della professione e per le rappresentanze sociali della categoria da parte di un gran numero di medici, più attenti alla difesa separata degli interessi economici dei vari comparti della sanità, attraverso azioni e rivendicazioni di natura squisitamente sindacale.

Eppure, se è vero che non vi può essere risposta ai problemi della salute senza i medici, è anche vero che essi debbono avere, o riacquisire, la consapevolezza di essere *una importante "forza sociale" intesa come aggregazione di professionisti, indipendentemente dal settore nel quale operano, capace di interagire con le altre professioni e con i cittadini.*

Nessuno vuole espropriare i sindacati delle loro prerogative e della loro insostituibile funzione sociale in una società de-

mocratica, ma, del pari, non è possibile ignorarne i limiti istituzionali di competenza e di azione settoriale.

L'azione di una professione, nel suo complesso, si realizza soltanto o attraverso libere associazioni (college), come accade nei paesi anglosassoni, o attraverso istituzioni legittimate dal riconoscimento formale dello Stato, come in Italia con gli Ordini.

Ma nell'un caso o nell'altro la loro caratteristica fondamentale non può che essere quella di *"governi privati" della professione capaci di interagire, in condizione di sostanziale parità, con gli altri gruppi sociali, con gli enti pubblici e con lo Stato.*

Il fatto che i medici costituiscano una forza sociale non implica che essi siano portatori di istanze egoisticamente corporative, quanto piuttosto che siano capaci di esprimere esigenze e "interessi professionali", non limitati agli aspetti economici, aperti ai rapporti con le società.

Proclamare con orgoglio di far parte di una forza sociale significa infatti *essere partecipi di strategie e politiche coerenti con la ricerca e il raggiungimento di obiettivi di salute specifici nell'interesse di tutti i cittadini e non destinatari passivi, più o meno resistenti, delle stesse.*

Noi riteniamo che in questa fase della nostra storia sanitaria, caratterizzata dalla disponibilità di risorse limitate, nella quale si ha la ineludibile necessità di ottimizzare gli investimenti e valutare la qualità dei risultati, sia più produttivo ricercare la collaborazione e la corresponsabilizzazione dei medici, attraverso Ordini professionali rinnovati, che perseguire i metodi del fiscalismo minaccioso e punitivo sul loro operato.

Il governo di una professione si fonda soprattutto su due pilastri: *il controllo sulla qualità della professione e l'esercizio del potere disciplinare sugli iscritti.*

#### **7. La qualità della professione**

Il controllo della qualità della professione è una condizione irrinunciabile purché ci si proponga di governarla.

Esso è ben diverso dal *"promuovere e favorire, sul piano nazionale, tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti"* come recita generi-

camente la vigente Legge istitutiva degli Ordini.

*Il numero dei medici e la disoccupazione*

La qualità della professione ha molte variabili interdipendenti, troppo spesso trascurate. Intanto il numero dei candidati alla laurea in medicina è una di queste variabili.

Troppo spesso si dimentica che la laurea in una facoltà medica prevede un iter formativo difficilmente spendibile in altri settori, perché specifico.

Un destino da disoccupato, o sottoccupato, per molti anni del giovane laureato non garantisce il mantenimento della qualità, neanche per i migliori.

Nel nostro paese oggi 60.000 medici sono convenzionati con il SSN per la medicina generale, 93.000 sono dipendenti dall'ospedale, i pediatri sono circa 6.000, 10.000 sono gli specialisti convenzionati, 19.000 operano nella guardia medica, circa 11.000 operano nelle università, circa 25.000 sono in attesa nelle graduatorie della medicina generale (di essi 1.500 sono in possesso del titolo di medico generale) mentre altri 1.500 stanno frequentando il tirocinio biennale di formazione specifica organizzato dalle Regioni (D.L. 256). Circa 50.000 sono i medici in possesso di un titolo di specializzazione e in attesa di occupazione professionale,

mentre le Scuole di specializzazione continuano a produrre specialisti senza alcuna programmazione sul fabbisogno reale totale e per singole specialità (1).

Una situazione così esplosiva non può rimanere immutata.

Nel 1994 risultavano iscritti agli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri italiani 308.440 medici chirurghi e 34.240 odontoiatri (24.252 dei quali in possesso della doppia iscrizione) con un incremento del 37% rispetto agli iscritti del 1984 (anno nel quale risultavano 226.404). Oggi gli iscritti sono circa 325.000.

La popolazione residente nel nostro paese al 31/12/1986 era di 57.278.110 (rapporto medico/cittadini = 1/188) mentre la popolazione residente al 30/9/94 era di 57.186.660, con un decremento di -21.450 (rapporto medico/cittadini = 1/185).

#### *Il ruolo delle Facoltà di Medicina*

Gli iscritti alle facoltà di medicina italiane negli anni 1986/87 - 1992/1993 sono passati rispettivamente da 110.120 a 80.878 con un decremento del 25% circa, ma poiché nel 1992 si sono laureati quasi 10.000 medici, a fronte dei 1200 fuoriusciti dal SSN, il turnover professionale negativo non potrà mai avere riduzione.

Le considerazioni che discendono da questa panoramica sulla situazione medi-





ca italiana non sono irrilevanti ai fini dei programmi di formazione, sia per quanto riguarda quelli di base universitaria che quelli della formazione permanente e complementare in medicina generale, che quelli destinate alle specializzazioni.

Le nostre facoltà mediche per troppi anni hanno espresso una politica autoreferenziale, incoraggiata dalla cultura dominante della difesa generica del "diritto allo studio per tutti", indipendentemente dal merito e dagli sbocchi occupazionali offerti dal regime di monopolio del SSN.

Chiuse per anni in se stesse e nelle logiche del potere accademico, poco attente alla differenza tra le logiche dell'insegnamento e quelle dell'apprendimento e lontane dai problemi di coloro ai quali avevano conferito la laurea, oggi si trovano di fronte alla necessità di conciliare la proliferazione di sedi e di cattedre, con quella di ridurre il numero degli studenti di medicina e di ritrovare un nuovo ruolo e una funzione più adatta alle trasformazioni in atto.

Si ha ragione di ritenere che non sarà difficile superare malaugurate incomprendimenti del passato e antistorici orgogli, per trovare spazi, temi e modi di una indispensabile *collaborazione istituzionale* tra Ordini dei medici, facoltà di medicina, ospedali e società scientifiche, sia nella formazione permanente che in quella complementare e nelle specializzazioni.

Ma anche in tema di ricertificazione periodica della qualità professionale (attraverso la attribuzione dei crediti) e di ricerca epidemiologica e sperimentazione clinica, nel territorio, è auspicabile che gli enti e le associazioni prima citate trovino una intesa.

Essa si rivela sempre più urgente e indispensabile, se non vogliamo che della formazione e dell'accreditamento, si facciano promotori e si impadroniscano società e gruppi privati alla ricerca da tempo di spazi di mercato e di profitti.

#### *La Tabella XVIII (Il curriculum formativo di base dei medici)*

Se a distanza di otto anni dalla promulgazione del DPR che si propose di riordinare gli studi medici in base alla tabella XVIII si è proceduto a una nuova revisione è perché essa si era rivelata ina-

deguata a formare medici capaci di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini per eccesso di nozioni biologiche e poca clinica.

Tuttavia la semplice lettura della nuova Tabella XVIII, recentemente pubblicata nella G.U., ancorché colma di espressioni pedagogiche moderne e innovative, non consente di dare un giudizio ragionevolmente motivato.

Se, come pare, le facoltà di medicina sono animate da propositi di flessibilità e di responsabilità e sono ispirate ad indirizzi pedagogici moderni, siamo convinti che la qualità professionale dei neo-laureati non potrà che migliorare e non dovrebbe essere difficile instaurare con esse una proficua collaborazione da parte degli Ordini dei medici.

#### *La laurea in medicina e l'esame di Stato*

Le facoltà di medicina italiane non possono disinteressarsi del destino professionale dei medici ai quali conferiscono la laurea.

Continuare a "produrre" medici non sulla base del reale fabbisogno della collettività, ma in relazione alla "disponibilità delle strutture didattiche e dei docenti", significa dilapidare inutilmente risorse pubbliche e private.

Di questo passo il diploma di laurea rischia di avere un valore puramente accademico, al quale l'esame di abilitazione professionale non aggiunge alcun elemento seriamente valutativo e selettivo delle capacità reali del singolo. Nel 1992 su 8.979 laureati in medicina e chirurgia soltanto 94 non superarono l'esame di abilitazione professionale, mentre 830 furono gli odontoiatri abilitati su 832 esaminati. Per questi motivi riteniamo indispensabile una severa selezione per l'accesso alle facoltà mediche, un corso formativo capace di preparare medici in possesso degli "strumenti necessari per aumentare e aggiornare criticamente le proprie conoscenze e la preparazione professionale" e che sappia "riconoscere prontamente le indicazioni e i momenti per ricorrere alle competenze altrui" (L. Vettore), e un esame di abilitazione professionale riformato nel metodo e posto sotto il controllo degli Ordini provinciali e regionali, in collaborazione con le fa-



*coltà di medicina.*

Non ci pare infatti sostenibile che gli Ordini debbano continuare ad avere la responsabilità della tenuta degli Albi, senza avere alcuna possibilità di valutare i requisiti professionali dei loro iscritti.

#### *La formazione permanente e l'accreditamento professionale*

Troppo spesso si confonde l'aggiornamento con la formazione.

L'uno corrisponde alla acquisizione di nuove conoscenze o alla sostituzione di quelle obsolete, l'altra ad un training per acquisire competenze e abilità accompagnato alla verifica finale delle modifiche di comportamento avvenute.

Quanto valgono un congresso, un convegno, un seminario o un corso? Come si controlla se il professionista continua a studiare? Quali incentivazioni di carriera e/o economiche sono prevedibili per il medico che si sottopone a questi controlli?

La qualità della professione va garantita poi con la formazione permanente e con i "crediti", che ricertificano la laurea durante gli anni della professione.

È vero che l'aggiornamento e la for-

mazione sono obbligatori eticamente per il medico in base al Codice Deontologico, e sia il Codice civile che quello penale ne fanno implicita menzione, ma non è sufficiente.

Un Organo di governo della professione se ne deve fare carico, attraverso la strutturazione organizzata dell'accreditamento, in collaborazione con l'università e le società scientifiche, se vuole garantire ai cittadini la qualità professionale dei suoi membri.

#### *Le Società Scientifiche*

In questa prospettiva una breve menzione meritano le società scientifiche, le accademie e le associazioni, le cui origini, in alcuni casi, risalgono al XV secolo, mentre le società mediche sono molto più recenti.

La Società italiana di chirurgia nacque nel 1882, quella di ostetricia e ginecologia nel 1892, quella di medicina interna è ancora più antica.

Ha scritto di recente B. Baccetti su "Federazione Medica" a proposito delle Società: "la nuova Istituzione sorge per promuovere una certa branca disciplinare, facilitare gli scambi di informazioni e



*stimolare la ricerca in quel settore.*

*A ben guardare vi sono sempre altri scopi sottintesi, per cui il sodalizio diviene presto una specie di sindacato dei professionisti di quella certa materia, vuole controllare le posizioni di lavoro, vuole i suoi rappresentanti al CUN e al CNR, sognando di poter diventare l'Organo ufficiale riconosciuto dal Governo, da interpellare per l'assegnazione di fondi, borse, premi, per il pilotaggio di tematiche, programmi ufficiali, cariche e posizioni nei vari Enti coinvolti nella disciplina". Siamo convinti che se le società scientifiche italiane non riconosceranno nella Federazione degli Ordini l'organo di governo della professione e la Federazione non troverà gli strumenti per una collaborazione più stretta con esse e con l'università nella formazione e nell'accREDITAMENTO, difficilmente cambierà il quadro complessivo della medicina italiana.*

#### **8. Il potere disciplinare degli Ordini**

Lo status di iscritto all'albo dei medici o a quello degli odontoiatri fa sorgere in capo ad essi, in aggiunta alla responsabilità penale e civile, proprie dei cittadini, anche la responsabilità disciplinare.

A differenza dei procedimenti disciplinari celebrati a seguito di condanna penale, tutte le altre mancanze o abusi nell'esercizio della professione sono attivati autonomamente e discrezionalmente dall'Ordine. Ciò se da una parte attribuisce un potere non indifferente all'Ordine stesso, dall'altra lo espone a critiche e talvolta accuse, anche se infondate, di connivenza o protezione della categoria.

Purtroppo, per i limiti della legge istitutiva *il potere disciplinare dell'Ordine è limitato soltanto all'esercizio della libera professione ed è ritardato nel caso di rinvii a giudizio, anche per fatti eclatanti.*

È opportuno, infatti, che il giudizio disciplinare nei confronti di sanitari accusati e rinviati a giudizio anche per reati o mancanze nell'esercizio professionale gravi, attenda il passaggio in giudicato della sentenza.

È anche vero che l'Ordine è soprattutto tenuto a garantire i cittadini della qualità e della correttezza dell'esercizio professionale da parte degli iscritti agli albi, ma insieme non può esimersi dal garanti-

re il diritto di difesa del medico incolpato.

Di fronte a campagne di stampa contro determinati medici o determinati fenomeni, l'Ordine stesso deve assicurare equilibrio di giudizio e di comportamento, anche se ciò, dato il clima di linciaggio sistematico della categoria, non è sempre sufficientemente compreso dai cittadini e, in particolare, da coloro che presumono di aver subito un torto. Nella società della comunicazione la verosimiglianza delle semplificazioni ha più facile udienza di un giudizio prudente che tenga conto della complessità dei fenomeni.

È evidente che la responsabilità professionale dei medici ha acquistato negli ultimi anni in Italia un grande rilievo, fino ad assumere connotazioni persecutorie e pregiudiziali.

Purtroppo questo è un segno dei tempi, caratterizzati dalla tendenza crescente alla affermazione e alla proposta di azioni di responsabilità nei confronti di figure che, di fatto o di diritto, ne erano tradizionalmente escluse: pubblici amministratori, politici e, perfino, gli stessi magistrati.

Oggi la situazione è cambiata soprattutto per la importanza assunta dal rapporto medico-paziente e dai nuovi diritti e obblighi che si sono andati configurando tra i due attori del contratto.

*L'esecuzione materiale dell'atto medico e il suo esito, fausto o infausto che sia, vengono valutati sulla base non solo di un processo decisionale, corretto in sé e verificabile, ma anche in relazione al rispetto che si è avuto nei confronti della autodeterminazione del paziente.*

Si deve prendere atto che oggi, in relazione alle maggiori possibilità offerte dalla medicina moderna, si richiede ai medici una maggiore responsabilizzazione per gli effetti del proprio operato, ma, del pari, anche se l'intervento ha avuto esito fausto, si ritiene "arbitrario" se compiuto senza il consenso del paziente.

La Federazione ha il dovere di ricercare gli strumenti necessari per intervenire, non soltanto sulle violazioni compiute nei confronti del Codice Deontologico, ma anche nei confronti di una evidente "malpractice". E insieme agli strumenti necessari per tali interventi ha la neces-

sità di essere dotata anche degli strumenti di autotutela per le conseguenze delle decisioni assunte.

Soltanto intervenendo con autorevolezza su comportamenti tecnici, palesemente incongrui e scientificamente scorretti, si può recuperare una immagine positiva nei confronti della opinione pubblica.

Ciò non risolverà il problema del crescente ricorso del cittadino alla magistratura, che anzi rischia di aumentare con l'ingresso delle assicurazioni private o del pagamento diretto delle prestazioni da parte del cittadino, come accade negli Stati Uniti, ma almeno gli Ordini saranno in grado di garantire ai cittadini livelli

accettabili di professionalità nel nostro paese.

**Aldo Pagni**

(1) I dati forniti sono approssimativi per la difficoltà di reperirli da fonti diverse. Molti medici, in situazione di precariato, sono censiti più volte nei diversi settori. Il CED della FNOMCeO ha in corso una raccolta dei dati, relativi alla distribuzione dei medici italiani, non ancora ultimata.



## LA PROFESSIONE DEL FUTURO E IL FUTURO DELLA PROFESSIONE

Autorità, gentili Signore e Signori, cari giovani Colleghi, quella di oggi è una data importante per voi, che state per iniziare una professione, prestigiosa, e per i vostri cari.

Vi auguro che sia ricca di successi e di soddisfazioni personali, ma dovete essere preparati anche ad affrontare le difficoltà e le responsabilità che vi attendono.

Sono grato al Consiglio dell'Ordine di Firenze, per avermi dato l'onore e l'occasione di parlarvi in questa circostanza resa più solenne da questa sala meravigliosa, creata nel '400 per i duecento fiorentini chiamati a decidere circa le alleanze, le guerre e le milizie.

I medici anziani, giunti alla fine della loro attività professionale solo perché hanno visto tramontare il sole molte volte sono inclini a ritenere che le loro esperienze possano essere utili ai giovani che giustamente hanno invece gli occhi rivolti al nuovo e al futuro.

Qualcuno ha scritto che l'esperienza non è altro che *"il nome che ciascuno dà ai propri errori"*, e la nostra generazione, che oggi vi consegna il testimone, di errori ne ha certamente compiuti.

Essi forse non vi saranno di alcuna utilità pratica perché l'esperienza è sempre stata un fatto personale e non trasmissibile, e oggi ancor più di ieri perché l'accelerazione della storia ha fatto perdere alla realtà qualunque confronto retrospettivo unificante.

*Ma non dimenticate neanche quello che scriveva Guicciardini: "Le cose passate fanno lume alle future, perché el mondo fu sempre di una medesima sorte, e tutto quello che è e sarà, è stato in altro tempo, e le cose medesime ritornano, ma sotto diversi nomi e colori; però ognuno non le riconosce, ma solo chi è savio le osserva e considera diligentemente"*.

Oggi siete chiamati a prestare il "giuramento professionale", reintrodotta come dovere del medico dal Consiglio Nazionale della Fnomceo nel 1998, dopo l'approvazione dell'ultimo Codice Deontologico.

### 1. Il Giuramento

Vi parrà fuori moda che vi si chieda di giurare, in un'epoca nella quale i bugiardi sono prodighi di giuramenti, e i giovani hanno in uggia i cerimoniali vissuti come inutili perdite di tempo.

Noi vorremmo invece che quest'atto non fosse formale ma rappresentasse l'ideale che ispirerà l'amore per la professione, mobilitando le vostre energie umane e tecniche.

L'attuale giuramento è una versione aggiornata di quello di Ippocrate, vissuto intorno al 460 a.C., che introdusse nell'arte medica, una *técne iatriké*, un metodo per conoscere la natura del corpo umano in relazione all'ambiente in cui vive, trasformò il sapere medico in materia da insegnare e codificò le prime norme pratiche di comportamento del medico.

Sono scarse le notizie sulla vita di Ippocrate, molto dubbia è la paternità degli scritti che gli sono stati attribuiti, e anche i fondamenti eterogenei del Giuramento sembra abbiano avuto origine piuttosto nell'ambito della filosofia pitagorica (che esaltava il valore della giustizia e del rispetto della vita), ma il suo insegnamento mantiene ancora oggi un'indiscussa attualità.

È incerto il significato di quel giuramento nella società greca, caratterizzata tra l'altro dalla facile pratica dell'aborto, dall'infanticidio dei nati deformati, dal suicidio magari assistito dai medici, e dalla ingiusta distinzione tra una medicina per i "liberi" ed una per gli "schiavi".

Alcuni studiosi hanno avanzato l'ipotesi che quelle regole di condotta avessero lo scopo di "riequilibrare i rapporti all'interno della corporazione" (A. Fiori), di rassicurare i cittadini e le famiglie sul corretto comportamento dei medici e di far distinguere questi ultimi dai cerusici, dai barbieri e dai ciarlatani.

Oggi, diremmo, da coloro che esercitano abusivamente la professione di medico.

Comunque sia, e qualunque interpretazione si dia dei valori etici del Giuramento di Ippocrate (Spinsanti ha parlato di "etichetta" più che di etica), il messaggio di quei medici voleva avere un'indubbia valenza "sociale".

Un giuramento impegna il medico a rispettare i principi etici e deontologici della professione, ma non avrebbe alcun effetto esterno se il suo comportamento quotidiano li contraddicesse.

Anche oggi, come nella Grecia antica, si avverte la necessità di **dare coesione, e soprattutto riconoscibilità sociale**, ad una categoria professionale operante in una società complessa, multiculturale e di relativismo etico, nella quale sono sempre più frequenti i rinvii a giudizio delle équipes sanitarie, per malpractice vera o presunta, aumentano le denunce per i conflitti di interesse, è palese l'enfasi riservata dai mass media agli errori e agli sbagli dei medici, si assiste con sorpresa al successo di maghi, guaritori e santoni di ogni specie (anche se, come scrive P. Rossi, *"la visione magica del mondo non è mai stata "sconfitta" dalla scienza"*), e soprattutto appare evidente, anche se paradossale, una crescente diffidenza dei cittadini nei confronti di una medicina scientifica che in passato non aveva mai conseguito tanti successi.

Le riviste mediche internazionali da alcuni anni trattano sempre più spesso il conflitto di interesse inteso come "un insieme di condizioni in cui il giudizio professionale che riguarda un interesse primario (la salute di un paziente o la validità di una ricerca) tende ad essere indebitamente influenzato da un interesse secondario (come un guadagno economico)" - (C. Catananti).

Il tema è serio perché un'eventuale subalternità economica del medico alle aziende farmaceutiche, ad un'assicurazione privata, o anche alla Pubblica Amministrazione, rischia di vanificare il principio di lealtà del curante nei confronti di chi soffre e si affida con fiducia alle sue cure.

Il "comparaggio", la prescrizione di "placebo impropri" o di farmaci inappropriati, premiata con un compenso al medico dalla industria che li produce, oltre ad essere una violazione del codice deontologico è un reato penale perseguibile per legge.

Ma del pari, se è un dovere del medico non sprecare risorse pubbliche o private, è eticamente discutibile che si premi un sanitario con una remunerazione aggiuntiva perché ha diminuito la spesa farmaceutica, piuttosto che per avere raggiunto migliori risultati per la salute della popolazione.

L'appropriatezza delle prescrizioni non è un optional ma la sostanza della professionalità del medico.

Ma deve anche far riflettere i fautori del mercato in sanità che il mancato raggiungimento dell'obiettivo del risparmio di spesa, fissato dalle assicurazioni private americane (ma tenuto nascosto al cittadino per contratto!), provochi il licenziamento in tronco del medico.

I medici in ogni epoca, da Ippocrate in poi, hanno giurato chiamando a testimoni le divinità, o invocando la loro protezione *"perché senza il loro aiuto neppure la più piccola cosa potrà avere buon esito"*: si pensi alla Preghiera di Mosè Maimonide (medico ebraico egiziano del XII secolo), al Giuramento di Asaph (il più antico testo medico ebraico), al Giuramento di Montpellier e al più recente Giuramento di Ginevra.

Oggi il nostro giuramento ha un carattere aconfessionale e lascia a ciascuno il diritto di credere o di non credere in un'entità soprannaturale, in quale eventualmente credere, ma il curante che ha il compito di tutelare la salute, guarire le malattie e alleviare le sofferenze dei suoi pazienti, non può decidere soltanto sulla base delle

conoscenze scientifiche, ignorando giudizi di valore che attengono alla sfera della coscienza individuale e ad una concezione condivisa della vita.

## 2. Gli ultimi 50 anni di professione

Noi, laureati negli anni '60, vi lasciamo un'eredità problematica ma affascinante perché siamo vissuti in un periodo di rapidi e profondi mutamenti sociali e di straordinari progressi scientifici, che hanno trasformato in breve tempo la qualità di vita delle popolazioni e il volto della medicina.

Da questo passato emerge la previsione ottimistica di una medicina sempre più efficace, anche se non onnipotente, nella "predizione" delle malattie e della personalizzazione delle cure.

Più difficile è immaginare il ruolo e le responsabilità del medico nei prossimi decenni chiamato a decisioni cliniche, con implicazioni imprevedibili di natura etica, giuridica e sociale dovute agli straordinari progressi della genetica.

Il filosofo tedesco Habermas ha recentemente ammonito contro i pericoli di "un'eugenetica liberale" e di uno "shopping al mercato genetico".

Noi siamo stati posti di fronte a continui progressi delle conoscenze, abbiamo assistito al passaggio da un rassegnato fatalismo di fronte alla malattia alla legittima rivendicazione dei cittadini di essere curati al meglio e nei tempi più brevi e abbiamo dovuto fare i conti con l'introduzione di provvedimenti di risparmio, estranei alla medicina come scienza naturale ed applicata, destinati ad influire sulle nostre decisioni cliniche.

**Dal punto di vista epidemiologico e sociale** si è contribuito alla inversione della piramide demografica e al prevalere delle malattie croniche su quelle acute (che, peraltro, ricompaiono con nuovi quadri clinici) condividendo l'istituzione di un Servizio sanitario nazionale equo, solidale e universale a garanzia del diritto alla salute "benessere" per tutti i cittadini.

Ma è stato anche facile constatare che nell'immaginario collettivo il concetto di malattia non era più limitato alle sole lesioni d'organo ma si era esteso al malessere e ai disagi esistenziali e alle aspettative di bellezza, giovinezza perenne e di performance sessuali eroiche.

E infine siamo stati posti di fronte ai problemi sociali e sanitari dovuti alla presenza sul territorio nazionale di immigrati poveri, provenienti da paesi lontani, portatori di costumi e culture di malattia diverse da quelle dell'occidente industrializzato.

Sotto il profilo della politica di welfare abbiamo assistito al passaggio **dalle mutue al SSN** e all'intervento dello Stato come "terzo pagante" quasi esclusivo nel rapporto tra il medico ed il paziente.



La recente aziendalizzazione della sanità, incalzata dalla esigenza del pareggio dei bilanci, ha palesato la difficoltà di trasformare un'amministrazione "basata sulle regole e sulle gerarchie", in un'amministrazione di "risultato" con il coinvolgimento attivo dei medici, mentre una discutibile "solidarietà competitiva" pare voler surrogare la "solidarietà equa", nel tentativo di bilanciare mercato e giustizia sociale in "un SSN economicamente sempre meno sostenibile e socialmente insostituibile".

Parallelamente, sempre più limiti sono posti alla autonomia decisionale ed alla esperienza personale del medico, dalla "medicina basata sulle prove", per il costo crescente dell'assistenza sanitaria.

E infine **sul piano diagnostico e terapeutico e delle conoscenze scientifiche** la medicina ha compiuto in questo mezzo secolo tali e tanti progressi quali non si erano avuti in tutti i secoli precedenti.

Quando abbiamo iniziato la professione *le diagnosi* erano soprattutto il risultato dell'osservazione fisica del paziente e di un ragionamento clinico supportato dagli esami radiologici, dall'ECG, da poche altre tecnologie e da non più di una quindicina di esami di laboratorio di cui alcuni ormai desueti e abbandonati.

La medicina nucleare e l'immunologia muovevano solo allora i primi passi.

In quegli anni per dosare il colesterolo e i lipidi con il petrolio occorreva una intera giornata, l'elettroforesi delle proteine era stata introdotta da poco e notevoli erano i rischi di un paziente che si sottoponeva ad un cateterismo cardiaco o ad una biopsia epatica o renale.

La nostra generazione ha vissuto il progressivo passaggio dalla medicina "al capezzale del malato" a quella supportata, e anche condizionata, dalle tecnologie sanitarie più sofisticate che hanno consentito diagnosi più precise e circostanziate ma insieme hanno allontanato sempre di più il medico dal contatto fisico diretto con il malato.

Dall'orecchio appoggiato sul torace del paziente allo stetoscopio di legno, sostituito dal fonendoscopio, siamo passati alla preziosa disponibilità delle Ecografie, del Doppler, delle Endoscopie, della Tac, della RMN, della PET ecc..

Oggi il probabilismo della medicina, alla luce delle evidenze scientifiche di cui disponiamo, è divenuto meno aleatorio che in passato, ma continuiamo ad operare in condizioni di incertezza tra diverse possibili alternative non avendo certezze assolute sulle conseguenze delle nostre scelte.

Né migliore era *il bagaglio terapeutico* dei nostri predecessori che in quegli anni, per fare alcuni esempi, curavano la Tbc polmonare con lo pneumotorace, seguito ben presto dal PAS e dalla streptomina, l'asma con la teofillina endovena e le sigarette di stramonio, l'artrite reumatoide con i sali d'oro, il tifo e le polmoniti con i primi antibiotici, mentre la dialisi per le insufficienze renali, modificava una prognosi sino allora inesorabilmente infausta.

Una prognosi senza speranza era riservata anche ai tumori per i quali, in questi ultimi decenni, abbiamo raggiunto percentuali di guarigioni incoraggianti.

Routinario era il ricorso ai mercuriali e alle paracentesi nella cirrosi ed alle toracentesi nelle pleuriti, al coma insulinico nella colite ulcerosa e all'elettroshock negli psicotici.

Il Calcio endovena, le vitamine, i cosiddetti ricostituenti e gli epatoprotettori erano i "rimedi" più frequentemente prescritti dal medico.

Dopo la penicillina, comparvero trionfalmente la streptomina, il cloramfenicolo e le tetraciline, tra gli antibiotici, le confezioni industriali di digitale purpurea (in sostituzione degli infusi con le foglie e della canfosparteina) per le insufficienze cardiache e il primo cortisone. Le temibili infezioni nosocomiali e la resistenza agli antibiotici le abbiamo conosciute molto più tardi.

Le date di registrazione e di immissione in commercio di nuovi antibiotici, degli antiipertensivi, dei diuretici orali, dei coronarodilatatori, degli anticoagulanti, dei trombolitici, degli antiaritmici, degli antidiabetici orali, dei Beta-2 stimolanti, dei chemioterapici, degli antivirali, degli interferoni, degli inibitori degli H2 recettori, degli immunosoppressori, dei FANS, dei contraccettivi orali, degli ormoni di sintesi, degli ipolipemizzanti, dei farmaci per la cura dell'impotenza, dei nuovi analgesici e ane-



stetici, offrono la prova di quali innovative opportunità di cura siano state messe a disposizione del medico in questi ultimi 50 anni dalla ricerca dell'industria chimico-farmaceutica e delle biotecnologie.

La cardio- e la neurochirurgia superspecialistiche, come pure la microchirurgia, la chirurgia videolaparoscopica o quella con i robot, sono frutto di progressi relativamente recenti.

Nessun medico deve tuttavia dimenticare che i farmaci, mediamente efficaci nel 60% dei pazienti, raramente sono privi di effetti collaterali e possono provocare reazioni avverse anche gravi, rare e non preventivabili nelle varie fasi pre e post registrative della ricerca.

E neanche quelli cosiddetti "naturali" sono privi di rischi, nonostante quello che si è fatto credere ai cittadini in questi anni.

Il medico deve essere prudente e molto attento ai possibili danni provocati al paziente da nuovi farmaci vantati come miracolosi e segnalarli ai centri di farmacovigilanza come prescrive la Legge.

Un vecchio adagio invitava saggiamente il medico a: *"non essere il primo a somministrare un farmaco nuovo che non conosce, né l'ultimo ad abbandonarne uno vecchio, meno efficace"*

A quanti provvedimenti di ritiro dal commercio di nuovi farmaci, ritenuti responsabili di reazioni avverse (a volte anche mortali), o che alla lunga si erano rivelati inefficaci, abbiamo assistito in questi decenni non senza provare disagio ed un vago senso di colpa nei confronti dei pazienti!

Basti ricordare la tragedia della talidomide, un barbiturico sedativo che nel 1961 provocò nella Germania ovest una devastante epidemia di focomelia tra i nati da madri che avevano assunto il farmaco in gravidanza, o "la moda" tramontata dei gangliosidi la cui vantata efficacia aveva avuto l'autorevole sostegno di alcuni Nobel, o la denuncia, nell'estate del 2001, dei 50 decessi imputati (con grande clamore di stampa e qualche riserva degli esperti) all'assunzione di cerivastatina, per combattere la ipercolesterolemia.

### 3. Il rapporto medico/paziente

Il rapporto tra medico e paziente è molto cambiato in questi anni.

Ormai si evoca il **medico ippocratico**, paternalista "per il bene del paziente", soltanto per stigmatizzarne l'autoritarismo prescrittivo destinato ai membri di una società prevalentemente agricola e in gran parte analfabeta.

Il ruolo paternalista del medico oggi è sistematicamente rifiutato perché, si dice, il paziente è ormai adulto, non è più analfabeta, ha un grado di cultura e di conoscenze elevato e quindi può decidere liberamente della sua sorte.

Vi è una buona dose di verità in questa tesi anche se l'esperienza di ogni giorno ci ha insegnato che la realtà è meno radicale delle teorie e che neanche oggi mancano richieste di un rapporto genitoriale protettivo da parte di pazienti più fragili.

Infatti, da un lato, nonostante tutto, persiste una "asimmetria informativa" tra medico e paziente, e dall'altro non si debbono trascurare i problemi psicologici, lo stato d'animo, le incertezze e i timori che il paziente esprime e "vive" di fronte alla scelta tra una o più alternative terapeutiche che riguardano la sua salute.

Oggi più che un rapporto genitore-figlio (non più autoritario neanche quello!), la relazione tra il medico ed il paziente non può che essere di "partnership" tra due adulti.

Ma non vi è in questo niente di nuovo se già Platone, contemporaneo di Ippocrate, scriveva ne le Leggi: *"(il medico) non farà alcuna prescrizione prima di avere in qualche modo convinto (il paziente), ma cercherà di portare a termine la sua missione che è quella di risanarlo, ogni volta preparandolo e predisponendolo con un'opera di convincimento"*.

"L'ascolto" della narrazione delle sofferenze fisiche e morali del paziente (piuttosto che la raccolta distaccata di un'anamnesi tradizionale), la conoscenza dei suoi stili di vita, della sua storia familiare e dell'ambiente di vita e di lavoro, l'attenzione alle

sue aspettative e ai vissuti di malattia e a quelli dei suoi familiari, il confronto dei dati clinici con i "modelli profani" di malattia del cittadino ed il tempo dedicato al colloquio individuale sono fondamentali, oggi più di ieri, per l'alleanza terapeutica tra curante e malato.

*"Il paziente è una persona e non un caso"*, ha scritto Gadàmer e G.Federspil ha osservato che *"il sapere scientifico "ritaglia" e domina soltanto una parte della realtà conoscitiva"*.

Il doctor shopping, di importazione d'oltreoceano, per il quale il cittadino si recherebbe dal medico come se si rivolgesse ad una "caffetteria" per servirsi come vuole, corrisponde alla cultura di un cliente che si reca a fare la spesa e poco ha a che fare con un rapporto positivo tra un medico ed un cittadino che soffre.

La salute non è una merce da acquistare al mercato ma un valore e un "bene" che non si scambiano.

Il filosofo latino Seneca scrisse ne I Benefici: *"E allora, perché al medico e al precettore sono debitore di qualcosa di più e anche pagandoli resto ancora in debito? Perché essi si trasformano in amici e noi non restiamo obbligati per le prestazioni professionali - che paghiamo - ma per la benevolenza e affettuosa disposizione nei nostri riguardi. (...) Se il medico non fa altro che tastarmi il polso e considerarmi uno dei tanti malati, prescrivendomi freddamente ciò che debbo fare o evitare, io non gli sono debitore di nulla, poiché in me non vede un amico, ma solo un cliente"*.

Si teme che le informazioni su nuovi farmaci e nuovi test diagnostici, come pure i risultati di ricerche (spesso di scarso valore pratico), presentate ai congressi medici, divulgate "troppo e troppo presto" dalla stampa di informazione e dalla Tv, siano una pericolosa insidia per la autorevolezza del "sapere medico".

Ciò non accadrà se il medico, oltre a fare ricerca egli stesso, si manterrà continuamente aggiornato, si farà premura di aiutare il cittadino a selezionare e tradurre i risultati della ricerca in decisioni efficaci per la soluzione dei suoi problemi personali piuttosto che destinare energie e risorse per comparire sulla stampa nell'elenco arbitrario e fasullo dei "migliori medici".

Gli studi effettuati in questi ultimi anni dimostrano che la richiesta di informazione e comunicazione da parte dei pazienti è in aumento.

Oggi il cittadino vuole e deve comunque essere informato da un medico amico e consigliere che con umiltà ed empatia lo aiuti a decidere con un "consenso" che non sia soltanto una mera "finzione legale".

*"Il paziente - ha sottolineato R. Buckman dell'Università di Toronto - dà per acquisita la competenza del medico ma lo giudica dalla sua abilità nel comunicare"*

Si tenga conto che molte denunce dei cittadini contro i medici (dettate a volte da aspettative irragionevoli), sono spesso provocate da un modulo di consenso scritto consegnato al paziente senza colloquio, da comportamenti reticenti, o peggio arroganti, dei sanitari o da un malinteso senso di prestigio che impedisce di confessare sinceramente un comprensibile errore umano.

Alcuni magistrati hanno autorevolmente sostenuto in questi anni che il medico ha il dovere di dire la **"verità" al malato**, e che le cartelle cliniche e i referti sono di proprietà di quest'ultimo e non possono essere tenuti nascosti.

La mia lunga, anche se limitata esperienza personale, non mi conforta della bontà di questi assiomi, né condivido la brutalità con la quale alcuni colleghi sciorinano davanti ai pazienti aridi dati statistici sulle previsioni di sopravvivenza, di inabilità permanente o di guarigione relative ai risultati delle cure proposte.

Con gioiosa sorpresa ho visto sopravvivere per anni alcuni pazienti, in condizioni di vita accettabili prima di una recidiva terminale, per i quali la prognosi doveva essere infausta entro qualche mese.

Gli interrogativi angosciosi che il medico si pone ogni volta che incontra un paziente inguaribile sono: vorrà davvero conoscere la verità? È meglio rassicurarlo con una "mezza verità" che non distrugga la speranza? È consapevole della gravità della sua malattia ma preferisce rimuoverla per continuare a vivere e lottare? Si rifiuta davvero di conoscere la verità?



Non è con le leggi che si risolvono le dinamiche interpersonali, e irripetibili, che si instaurano tra due soggetti, medico e cittadino, con la loro cultura, la loro personalità, i loro valori di riferimento e la loro individuale visione della vita, della malattia e della morte.

Tocca alla sensibilità umana del medico, al rispetto per i nostri simili ed ad una valutazione attenta e profonda della personalità del paziente, la scelta delle parole più adatte da usare nei colloqui, per aiutarlo in queste circostanze.

Sono molto rari (anche tra i medici ammalati), coloro che affrontano con serenità i disagi provocati dalle cure in assenza di una minima speranza di successo, distrutta da una verità brutale.

E quanto al **libero accesso dei pazienti alle cartelle cliniche**, con tutto il rispetto per la Authority della Privacy e per la Magistratura, mi pare che vi sia una sostanziale differenza tra una cartella clinica, diario provvisorio e incompleto redatto dai sanitari durante la degenza e la relazione conclusiva all'atto della dimissione dall'ospedale.

Ma è davvero utile estendere al paziente, in corso d'opera, la conoscenza dei nostri dubbi diagnostici differenziali e di dati numerici grezzi, che lo allarmano inutilmente e ne amplificano le angosce?

#### **4. Professioni sanitarie e professionalità**

Dal primo '900 il termine professionista si è usato come sinonimo di esercente una professione intellettuale, e in senso più specifico una *libera professione* distinta dal mestiere, termine riservato a coloro che svolgevano attività manuali.

La progressiva impiegatizzazione (o il convenzionamento) dei medici nelle strutture pubbliche e private, oltre ai costi crescenti delle cure, hanno reso residuale l'esercizio della libera professione e modificato profondamente le caratteristiche tradizionali di una professione liberale.

Essa, infatti, si caratterizza per una *competenza esclusiva*, garantita dal possesso di un diploma o una laurea e dal superamento di un esame di abilitazione professionale, per la *autonomia e indipendenza* delle decisioni, per la *libertà di organizzare* la propria attività, e per ricevere *un onorario*, a fronte di una prestazione, piuttosto che un salario.

In questi anni lo Stato è intervenuto progressivamente nelle varie fasi del processo di professionalizzazione dei medici: dalla formazione universitaria ai meccanismi di accesso alla professione, dalle modalità di organizzazione del lavoro alla delimitazione per legge delle competenze, fino alla regolazione della concorrenza, attraverso contratti e convenzioni e alla strutturazione oligopolistica dell'offerta.

La tendenza a subordinare le competenze dei medici alle logiche economiche del management aziendale e della Pubblica Amministrazione, insieme al declino di un protagonismo professionale individuale (reso critico dalla pluralità delle specializzazioni e dalla spersonalizzazione provocata dalla tecnologia), richiedono un rapido e attivo adeguamento ai medici che hanno ricevuto per tradizione una formazione individualista con qualche venatura di onnipotenza.

Anche il recente riconoscimento giuridico di "professione sanitaria" a più di venti attività, fino a ieri considerate "ausiliarie" di quella medica, rischia di provocare instabilità in assenza di una precisa identificazione dei compiti, delle funzioni, delle attività e delle responsabilità dei diversi operatori.

Sia che siate destinati ad esercitare l'attività nel territorio o in un reparto ospedaliero, la vostra libertà decisionale nei confronti dei pazienti non potrà evitare di confrontarsi con le competenze degli altri colleghi in una logica di equipe, con i problemi dei costi dell'assistenza e della "gestione della qualità".

In un sistema complesso come quello sanitario le decisioni cliniche non possono ormai prescindere da valutazioni del rapporto tra costi e utilità, dalle logiche dei DRG, dai percorsi assistenziali, dalle evidenze scientifiche e dalle raccomandazioni delle linee guida, ma se il medico, in omaggio ad una malintesa libertà assoluta, non farà propri quegli strumenti lasciandoli interamente nelle mani degli amministratori, dei burocrati e degli economisti, il ruolo sociale della professione non potrà che andare incontro ad un inevitabile declino.

La recente **Carta della Professionalità Medica**, redatta insieme da clinici europei e statunitensi, dopo avere analizzato le principali cause della "crisi" della medicina moderna in tutto il mondo occidentale industrializzato, ha indicato ai medici come possibili rimedi tre principi fondamentali da perseguire: *benessere, autonomia dei pazienti e giustizia sociale*, e dieci responsabilità connesse con l'esercizio della professione: *competenza, onestà, riservatezza, rapporti corretti con i pazienti, qualità delle prestazioni, universalità di accesso alle cure, equità distributiva delle risorse, conoscenze scientifiche aggiornate, rifiuto di vantaggi derivanti da conflitti di interesse, accettazione delle "revisioni tra pari" e partecipazione attiva alla massimizzazione della qualità delle cure*.

Principi e responsabilità che non possono essere trascurate o ignorate nella mission di un ordine professionale moderno.

#### **5. Gli Ordini dei medici**

Avviandomi alla conclusione consentitemi un breve cenno relativo alla istituzione ordinistica. Ognuno di noi, quando si è dovuto iscrivere all'Albo dei medici per esercitare la professione, si è chiesto perché dovesse avere questo obbligo ed ha vissuto la tassa d'iscrizione come un balzello.

In genere, quando ci si laurea, abbiamo poche e vaghe notizie sull'Ordine e spesso questa disinformazione si riscontra purtroppo anche in illustri e affermati professioni-



sti, sorpresi e magari anche un po' infastiditi dalla sua esistenza, quando si trovano coinvolti in qualche incidente professionale.

È abbastanza singolare che i contestatori della istituzione ordinistica la considerino una "corporazione" a difesa di privilegi e interessi della categoria e che molti iscritti all'Albo, che dovrebbero fruire di quei presunti e inesistenti vantaggi materiali, se ne disinteressino manifestamente.

Forse sarà proprio l'assenza di vantaggi economici, o il prevalere dell'individualismo nelle società moderne, il motivo per cui molti medici non "sentono" la istituzione come propria e disertano le elezioni per il rinnovo dei Consigli provinciali, ma ciò non è un buon segno per l'intera categoria.

Evidentemente essi non colgono l'importanza di una moderna istituzione, non economicamente rivendicativa, che promuova e difenda valori socialmente rilevanti della professione, a garanzia della tutela della salute dei cittadini, *"in una cultura politica e civica di massa arretrata (...) e con forti propensioni familistiche"* (G. Pasquino).

Nato nel 1910, per volere di un governo liberale, soppresso nel 1939 dal regime fascista e resuscitato per decreto legge nel 1946, l'Ordine ha subito da allora soltanto modifiche marginali mantenendo sostanzialmente immutato l'impianto vetusto delle sue lontane origini.

L'Ordine è allo stesso tempo un *"corpo"* rappresentativo dell'intero sistema della professione medica, ed un *"ordinamento"*, nel cui ambito non si possono confondere gli interessi privati di qualche settore di medici (come se fosse un ufficio di collocamento), con l'alta valenza pubblica della sua missione.

Giuridicamente è *un ente pubblico non economico, "ausiliario dello stato"* al quale fu affidato il potere tariffario (a garanzia del decoro della professione), il compito di *tenere l'albo degli iscritti* (ma non la verifica della loro qualità), per difenderli dagli abusivi, di essere *"sentito per legge"* (ma non ascoltato!), con parere obbligatorio, non vincolante, su importanti provvedimenti legislativi che riguardino la sanità, *di far parte di commissioni e istituzioni* sanitarie governative e locali, e di svolgere *compiti di magistratura speciale* nei confronti delle violazioni del Codice deontologico.

È vero che molte di queste prerogative, in oltre due secoli, si sono rivelate poco più che formali e la *"legittimazione dall'alto"* degli ordini, che si è avuta in Francia, in Spagna, in Portogallo e in Grecia, oltre che in Italia, ha finito col conferire loro meno poteri di quelli ottenuti dalle associazioni e collegi professionali privati esistenti nel Regno Unito, in Germania, in Belgio e nei Paesi del Nord Europa.

Purtroppo nella passata legislatura le numerose sollecitazioni per una riforma degli ordini non hanno ottenuto alcuna pratica risposta, nonostante il nostro impegno insieme ai presidenti degli ordini e dei collegi delle altre professioni storiche.

Da un lato per lo scarso interesse del Parlamento, per la tardiva resipiscenza del Governo in carica, per la diffidenza pregiudiziale della CGIL e per la opposizione della Fita, un organismo vicino alla Confindustria.

Dall'altro, è doveroso riconoscerlo, per le comprensibili resistenze delle stesse istituzioni ordinistiche alle "novità" introdotte dalla normativa comunitaria nella concezione tradizionale delle professioni e alle conseguenti prese di posizione della nostra Autorità Garante della concorrenza e del mercato, che si è dimostrata spesso più "realista del re": il riferimento è d'obbligo alla **equiparazione delle professioni intellettuali ad "imprese"** (perché il professionista offrirebbe servizi dietro un corrispettivo economico) e perciò degli **Ordini a vere e proprie "associazioni d'imprese"**, **al giudizio negativo espresso dal Garante sulla loro utilità sociale** (fatta eccezione per gli Ordini dei medici e degli avvocati), alla necessità di una **concorrenza trasparente nel mercato grazie alla cd. pubblicità "informativa"**, ed infine al **rifiuto di riconoscere agli ordini il potere tariffario**.

Ma anche per la difficoltà del legislatore di accogliere la richiesta pressante, proveniente dalle decine e decine di nuove professioni anche non sanitarie, di istituire ordini o collegi per ciascuna di esse.

E tuttavia è proprio il condizionamento europeo, e oggi il decentramento regionale della sanità dopo la modifica del Titolo V della Costituzione, a postulare l'urgenza improrogabile di una riforma della legge istitutiva degli ordini.

**Lo scopo è di renderne la struttura e le funzioni compatibili con i principi ineludibili della qualità e della competizione professionale e di dotarli di strumenti adeguati per l'esercizio del potere disciplinare nei confronti degli iscritti, ma anche di legittimare l'Ordine come "attore" tra i molteplici, pubblici e privati (profit e non profit), che affollano oggi una organizzazione sanitaria decentrata.**

Una recente sentenza della Cassazione ha riconosciuto il valore e l'importanza sociale delle norme che gli ordinamenti professionali si danno, in condizioni di autonomia, per assicurare qualità e decoro alle prestazioni rese ai cittadini.

E anche se vi è una netta separazione tra deontologia e diritto, perché la prima esprime "precetti extragiuridici" o "regole interne alla categoria", ad esse è stata riconosciuta legittimità insindacabile se congruamente motivate.

Si va infatti facendo strada tra i giuristi la consapevolezza che la regolazione centralistica dei comportamenti umani, specialmente in materia di salute, si risolve in una inflazione di norme legislative di difficile applicazione e che "i precetti deontologici" siano essenziali per garantire un rapporto corretto tra medici e cittadini.

Non è un caso, infatti, se sempre più frequentemente nelle sentenze dei tribunali sono citati gli articoli del nostro Codice, come "fonte di fatto" se non di diritto.

Per questi motivi siete chiamati ad attivarvi, nell'interesse del vostro futuro e della società, per una riforma degli ordini e a partecipare, insieme ai Collegi, alla vita ordinistica e al confronto delle idee per la definizione delle regole, autonome e decentrate, di comportamento alle quali vogliamo e dobbiamo uniformarci tutti.

Il giuramento di oggi non può essere un rito formale ma un impegno solenne ad ispirare la vostra condotta ai principi immutabili della **diligenza professionale**, della **correttezza e del rispetto** nei rapporti con i colleghi e con i cittadini, **della trasparenza** degli atti e **della tutela della riservatezza individuale**.

Principi che il nostro Ordine ha il dovere-diritto di difendere, attraverso il Codice deontologico, nell'interesse dei cittadini e degli stessi medici.

A voi tutti il benvenuto e gli auguri di una brillante carriera, ricca di soddisfazioni personali, dai componenti del Consiglio dell'Ordine di Firenze e dai colleghi di questa Provincia.

**Aldo Pagni**

Lettura magistrale  
in occasione del giuramento dei giovani medici  
(29 settembre 2002,  
Palazzo Vecchio, Salone dei Cinquecento, Firenze)



## LE PROFESSIONI TORNANO DI MODA?

Circa un secolo fa le professioni più antiche hanno ricevuto dallo Stato un'organizzazione fondata sulla costituzione di organismi indipendenti ed autonomi, gli Ordini e Collegi. A questi lo Stato delegava, quali Enti di carattere pubblico, alcune funzioni pubblicistiche. Fondamentali la tenuta dell'albo e la possibilità di erogare agli iscritti sanzioni disciplinari in relazione a violazioni della deontologia, le cui regole, in tal modo, sono di fatto sottratte all'intervento del giudice ordinario. Lo Stato è intervenuto ancora sulle professioni nel 1939, impedendo o limitando la possibilità per i professionisti di costituire società di capitali.

Nei decenni del dopoguerra, il Parlamento, dopo aver ricostituito gli Ordini e Collegi trasformati dal Fascismo in Sindacati Nazionali, ha istituito qualche altro ordinamento professionale (biologi, giornalisti, psicologi ed altri), ha eliminato il divieto di costituire società commerciali, senza innovarne la regolamentazione, nient'altro. Tutte le molteplici problematiche delle professioni in una società che cambiava drammaticamente volto sono state ignorate dal legislatore, e basti pensare alla numerosità dei professionisti, alla necessità di lavorare in società spesso interprofessionali, all'adeguamento del modello formativo alle esigenze della produzione, al predominio ingombrante dell'Università nella concessione dei titoli, ai problemi dell'informazione e della pubblicità, all'emergere di nuove professionalità, al controllo del mantenimento delle competenze e quindi della qualità della prestazione, insomma il nostro Paese ha perso cent'anni. Il mondo delle professioni si è mosso ed evoluto, ma senza un quadro di riferimento legislativo coerente, e, quindi, senza le opportune e concrete garanzie per la cittadinanza.

L'Europa ha funzionato da catalizzatore di un processo inevitabile. La libera circolazione dei professionisti e l'emanazione sempre più frequente di direttive comunita-

rie hanno costretto a riaprire il dibattito anche in Italia. La discussione, assai aspra e ancora non del tutto conclusa, ha ruotato intorno ad un concetto principale: le professioni intellettuali non sono altro che imprese e quindi soggette alle mere regole del mercato o in esse prevale l'apporto intellettuale alla soluzione dei problemi rispetto all'uso e all'organizzazione dei mezzi di produzione per predisporre le soluzioni utili a soddisfare le richieste della clientela? Inoltre l'"asimmetria della domanda", derivante dall'incapacità del cliente a valutare la qualità della prestazione rende necessario proprio quell'autocontrollo deontologico che gli Ordini garantiscono attraverso i Codici di deontologia. Infine, rispetto alle regole del mercato, chi garantisce e come sono tutelate la personalità della prestazione, l'indipendenza e la responsabilità diretta del professionista, libera e, nello stesso tempo, non delegabile?

Non vi è dubbio che la medicina si trovi al centro della discussione. In essa è massima la dipendenza del cliente dalle decisioni del medico, la cui autonoma responsabilità è ovvia. Tuttavia, i medici operano ormai in grandi organizzazioni (oggi si parla di aziende per la salute), in cui è vivissimo il contrasto tra le esigenze di bilancio della direzione aziendale e la salvaguardia dei bisogni del paziente che la società ancora pone in capo al medico. Allora la formazione permanente, cioè l'adeguamento delle competenze, è una funzione della direzione aziendale, che garantisce la clientela sulle competenze del proprio personale o è un dovere insito nella deontologia professionale, attraverso cui il medico offre tutta la propria responsabilità al servizio del paziente? Nonostante le rigide posizioni di Confindustria e della CGIL, contrarie all'autoregolamentazione delle professioni, la discussione sembra approdata al Parlamento con la convinzione comune dell'urgenza di una legge di "riordino delle professioni intellettuali", con la quale si provveda non solo a svecchiare norme desuete e vetuste come quelle elettorali o ad adeguare l'organizzazione

professionale alla realtà regionale, ma si sciolgano i nodi fondamentali del ruolo delle professioni nella società. L'esercizio professionale non è esercizio di impresa e, quindi, deve necessariamente esistere un albo dei soggetti autorizzati all'esercizio suddetto. Allora chi tiene l'albo? Sembra logico affidarlo a soggetti autonomi, per quanto gerarchicamente subordinati all'autorità dello Stato e delle Regioni, gli Ordini e Collegi, ai quali deve essere affidata anche la tutela disciplinare rispetto alle norme del Codice deontologico e la verifica del mantenimento nel tempo delle competenze professionali degli iscritti. La legge, inoltre, dovrà regolamentare le forme societarie professionali e le forme organizzative delle nuove professionalità.

In definitiva, l'approdo della discussione sembra orientarsi verso il riconoscimento della sussidiarietà degli Ordini e Collegi nei confronti dello Stato, a riguardo delle esigenze pubbliche di tutela dei clienti. Oltre al fatto che un siffatto riconoscimento non può disgiungersi dall'inserimento delle professioni tra le forze sociali protagoniste della concertazione, della programmazione economica del Paese e delle singole Regioni. Insomma il sistema ternario, Stato, imprese e lavoratori, deve riconoscere l'esistenza di un altro soggetto ugualmente rilevante sul piano sociale, le rappresentanze professionali autonome, cioè non i sindacati dei professionisti ma gli Ordini.

Tutti i disegni di legge ora giacenti in Parlamento affrontano questi temi secondo modalità sufficientemente confrontabili tra di loro, per cui, volendo, le forze politiche potrebbero risolvere un problema ormai non più rinviabile. Speriamo che il Parlamento infine vögli.

Gli Ordini dei Medici hanno risentito più di altri di queste ambiguità legislative e dell'intreccio politico e sindacale tra difesa degli interessi dei medici e collaborazione con lo Stato e le Regioni per l'istituzione e il consolidamento del servizio sanitario pubblico. I medici sono sempre in qualche modo liberi professionisti (mantengono gli stessi obblighi nei confronti dei pazienti) e, nello stesso tempo, dipendenti del servizio (acquisiscono nuovi obblighi inerenti il rispetto del bilancio aziendale). Gli Ordini dei Medici risentono dell'essere stati in passato contraenti sindacali in rappresentanza delle categorie, mentre oggi si chiede loro

solo una competenza regolatoria sugli aspetti formativi e deontologici. Forse per questo la Federazione Nazionale non partecipa al Comitato Unitario delle Professioni e forse per questo in Toscana - ove la scelta è stata più chiara nel tempo e l'Ordine, per legge regionale, nomina i componenti del Consiglio Sanitario Regionale (organo assimilabile al Consiglio Superiore di Sanità) oltre ad essere chiamato a consultazione su tutte le decisioni sanitarie della Regione -, i medici invece partecipano al Comitato Unitario Regionale delle Professioni, attualmente presieduto proprio dal rappresentante dei medici.

A che serve il CUP? In un momento come questo, di permanente incertezza sul destino dell'autonomia e dell'indipendenza delle professioni intellettuali, prima che il Parlamento finalmente legiferi, il CUP ha due funzioni fondamentali, una, di unire i professionisti facendo emergere sia le esigenze professionali che quelle di garanzia nei confronti dei cittadini, l'altra, di prospettare alla società ed ai politici le soluzioni più idonee a regolamentare in conformità con le normative comunitarie le professioni stesse. In poche parole, il CUP rappresenta una lobby (senza aver paura di usare la parola nel senso con cui la si usa negli Stati Uniti, dove le lobbies sono regolamentate dalla legge) che esercita corrette pressioni istituzionali per ottenere un risultato che si ritiene utile per i cittadini prima ancora che per i professionisti.

Nell'ambito delle professioni sanitarie, non possiamo nasconderci una difficoltà ulteriore, rappresentata dal passaggio delle antiche professioni ausiliarie a professioni sanitarie tout court, così che la medicina non ha più professioni "dominanti" ma arti uguali, almeno sul piano giuridico. Inoltre le molte lauree di recente istituite, oltre venti, complicano ancor più il quadro con una vera moltitudine di prevedibili collegi professionali e, oggi, di analoghe associazioni professionali. Come si dipanerà la matassa della formazione, della responsabilità, delle competenze? Anche per questo il CUP può essere utile anche oltre la promulgazione della legge, in quanto sede di confronto tra professioni, in un quadro profondamente rinnovato ma ancora tutto da regolamentare.

**Antonio Panti**



## LA DEONTOLOGIA: MAI COME OGGI, È NECESSARIA ALLA PROFESSIONE

**L**o sviluppo delle scienze biomediche e l'universalizzazione delle cure (almeno nel mondo occidentale) ci pongono spesso dinanzi a quesiti laceranti - La conoscenza basilare dei fondamenti etici e deontologici della nostra medicina occidentale (che, speriamo, venga esportata con il crisma della solidarietà e sussidiarietà, anche al resto del mondo) sono indispensabili per qualsiasi medico dotato di un minimo d'intelletto! - Nell'affrontare, "obbligatoriamente" le problematiche etico-deontologiche, il medico non può prescindere da altri campi del sapere, che vanno dalla filosofia alla storia, dalla religione alla letteratura, ecc. Riscopra, o si formi, quindi, il suo substrato umanistico.



FONDI  
Piazza della Repubblica  
Luigi Rossini, 1839

- Pag. 73 L'attualità del Giuramento di Ippocrate  
**Aldo Pagni**
- Pag. 77 Fondamenti etici nell'evoluzione dei  
Codici di Deontologia Medica dal 1953 ai nostri giorni  
**Padre Giuseppe Carrucci**
- Pag. 85 Attualità del Codice di Deontologia Medica  
**Michele Olivetti**
- Pag. 88 Dalla pratica quotidiana alla deontologia  
**Antonio Panti**
- Pag. 89 Il Codice Deontologico: "evoluzione nella continuità"  
tra leggi e costume  
**Aldo Pagni**
- Pag. 90 Strumento di autogoverno della professione e per  
la promozione di un nuovo rapporto tra medico e cittadino  
**Aristide Paci**
- Pag. 93 Codici deontologici delle professioni sanitarie a confronto  
**Adelaide Conti**
- Pag. 103 Codice di Deontologia Medica  
**FNOMCeO - 1998**

## L'ATTUALITÀ DEL GIURAMENTO DI IPOCRATE

Il Giuramento di Ippocrate fino al XVIII secolo è stato ritenuto un testo morale insuperabile nella definizione dei principi generali del decoro e della responsabilità richiesti a chi pratica la medicina, e quindi letto in una chiave "astorica" e di quasi venerazione.

Ippocrate, vissuto intorno al 460 a.C., introdusse infatti nell'arte medica una *téchnē iatriké*, un metodo per conoscere la natura del corpo umano in relazione all'ambiente in cui vive, trasformò il sapere medico in materia da insegnare e codificò le prime norme etiche della condotta del medico.

Sono scarse le notizie sulla sua vita, molto dubbia è la paternità degli scritti che gli sono stati attribuiti, e anche i fondamenti eterogenei e contraddittori del Giuramento sembra abbiano avuto una origine dubbia, come vedremo, nell'ambito della filosofia pitagorica, ma il suo insegnamento mantiene ancora un'indiscussa attualità.

Grazie a lui la medicina si identifica da un lato con la religione e dall'altro con l'umanesimo: **"Laddove esiste amore per l'umanità, non può mancare l'amore per l'Arte"** scrisse nei Preceetti.

A partire dal XIX secolo il contenuto del Giuramento è invece divenuto oggetto di studi storico-critici e filologici che hanno sottolineato la opportunità di "contestualizzarlo" in una determinata fase storica e di sottoporlo ad una attenta analisi sintattica e di semantica testuale.

Come spesso accade con i testi classici, gli studiosi hanno disquisito a lungo sulle origini, sulle interpretazioni e sulle intenzioni delle varie parti del Giuramento e, sicuramente, continueranno a farlo all'infinito.

Ne è derivata così una fioritura di studi di grande interesse sia sotto il profilo della critica testuale dei testi classici, che della analisi storica delle idee e della storia sociale.

Negli anni '30 il testo del giuramento

fu interpretato come espressione di un "medico apollineo" (K.Deichgraber), mentre nel 1943 L.Edelstein propose di analizzarlo in una prospettiva, se non dionisiaca almeno antiapollinea, e pitagorica, sostenendo che si trattava di un documento eminentemente pratico destinato all'esterno a far distinguere i medici ipocratici dai guaritori e dai ciarlatani.

Tra questi due estremi si collocano gli studi sul Giuramento che dal 1970 hanno visto prevalere la tesi che se si vuole comprenderne appieno il significato bisogna tener conto anche dell'ambiente politico, culturale e sociale dal quale è scaturito quel documento.

Alcuni autori hanno ritenuto che questo testo risenta dell'influenza del moralismo ascetico dei Pitagorici, mentre altri negano che vi sia stata una tale influenza, o almeno che essa sia stata del tutto marginale.

Altri avanzano l'ipotesi che quelle regole di condotta, scritte nel Giuramento, avessero soprattutto lo scopo di "riequilibrare i rapporti all'interno della corporazione" (A.Fiori), mentre A.Spinsanti, a proposito di esse, parla di "etichetta" più che di etica.

Ulteriori incertezze derivano dal fatto che certe proibizioni del Giuramento, come quella relativa all'aborto, all'estrazione dei calcoli e all'aiuto al suicida, contrastano con la normale pratica di una società caratterizzata dalla facile pratica dell'aborto, dall'infanticidio dei nati deformati, dal suicidio mediante l'assunzione di un veleno, magari coadiuvato dai medici, e dalla ingiusta distinzione tra una medicina destinata ai cittadini "liberi" ed una agli "schiavi".

Senza contare il riscontro documentale di un comportamento poco rispettoso delle norme da parte di alcuni medici ipocratici, e la contraddizione tra alcune affermazioni contenute nel Corpus Ippocratico ed il Giuramento in campo chirurgico.

La proibizione dell'aborto, contenuta

nel Giuramento, ha dato origine a grandi discussioni tra gli studiosi.

È noto infatti che l'aborto era una pratica comune tra i Greci e che alcuni, tra cui Platone, gli Stoici e Aristotele, lo consideravano un'alternativa auspicabile in uno stato ideale. La divergenza di opinioni emergeva semmai sul momento in cui la procedura dell'interruzione della gravidanza potesse essere attuata senza il rischio di sopprimere un essere umano.

Per i pitagorici invece l'aborto doveva essere proibito in qualunque momento a partire dall'inizio del concepimento.

Perché allora il Giuramento prescrive ai medici di rifiutare la interruzione di gravidanza nonostante l'opinione di filosofi illustri?

Sherwin B. Nuland avanza l'ipotesi che questa prescrizione fosse dettata dalla preoccupazione che l'alto rischio di complicanze e di mortalità, conseguenti ad un aborto, non solo fosse moralmente riprovevole ma soprattutto rovinasse la reputazione dei medici, alla quale tenevano molto, in caso di decesso della donna.

Analoghe considerazioni sono state espresse sulle ragioni del rifiuto degli ippocratici di aiutare i pazienti a togliersi la vita, in una società nella quale il suicidio era una soluzione liberamente accettata in caso di malattie dolorose e di grandi sofferenze.

Il suicidio rappresentava infatti il fallimento della terapia, e dal punto di vista morale il deliberato proposito di autodistruggersi, per questo non giovava alla reputazione dei medici.

Anche il divieto di operare "persona che soffre per calcoli", lasciandone l'incarico a "specialisti", rivela l'aristocratica estraneità etica degli ippocratici che lasciavano volentieri ad altri questi grossolani interventi di mutilazione terapeutica.

Studi recenti hanno infatti descritto i metodi brutali adottati per estrarre calcoli renali da fori praticati tra le gambe divaricate di pazienti urlanti, sedati alla meno peggio con estratti di papavero o di mandragola, e destinati a gravi complicazioni o alla morte.

Le regole di condotta, contenute nel Giuramento raggiungono il culmine dell'etica professionale quando obbligano il medico a non approfittare della posizione

di privilegio di cui gode grazie alla sua professione, gli raccomandano di astenersi dal "sedurre" donne, uomini, liberti e schiavi, di mantenere il segreto sulle notizie, di cui sia venuto a conoscenza, relative ai suoi pazienti, e infine gli rammentano il dovere di curare e di insegnare la medicina.

Com'è noto il Giuramento consta di due parti: la prima, denominata "impegno", tratta dei rapporti tra il maestro e i discepoli all'interno della comunità medica, mentre la seconda, conosciuta con il nome di "codice etico" (ma alcuni autori preferiscono il termine "terapeutica"), stabilisce alcune norme sulla condotta che il medico deve seguire nella sua attività professionale.

Queste due parti differiscono l'una dall'altra sia per il contenuto che per la grammatica: nella prima infatti i verbi sono declinati all'infinito, nella seconda alla prima persona del futuro, ma sono le **formule di apertura e di chiusura** che danno al testo i connotati concreti di un giuramento solenne.

**"Affermo con giuramento per Apollo medico, per Esculapio, per Igea e per Panacea (...) che, per quanto me lo consentiranno le mie forze e il mio pensiero, adempirò questo mio giuramento che prometto qui per iscritto"** recita l'introduzione.

E il testo si conclude con una benedizione e una maledizione:

**"Che io possa, se avrò con ogni scrupolo osservato questo mio Giuramento senza mai trasgredirlo, vivere a lungo e felicemente nella piena stima di tutti, e accogliere copiosi frutti dalla mia arte.**

**Che se invece lo violerò e sarò quindi spergiuro possa capitarmi tutto il contrario"**.

Un giuramento è "un impegno solenne assunto davanti alla divinità, chiamata ad esserne testimone, accettandone il castigo in caso di trasgressione o inadempienza".

I giuramenti religiosi erano frequenti presso le antiche civiltà dei Sumeri, 4° e 3° millennio a.C., degli Egiziani, degli Ittiti, degli Indù, e dei Greci.

In Grecia in epoca classica apparve, probabilmente per influenza iranica, un genere di giuramento fino allora quasi



sconosciuto nel quale venivano invocati a testimoni degli accordi tra gli stati, dèi come Indra e Mitra, patroni delle alleanze e delle promesse.

Mitra in particolare, ebbe in periodo ellenistico un ruolo rilevante nelle religioni e nelle comunità mistiche e fu considerato il dio dei contratti e dei giuramenti.

Ma poiché nel Testo di Ippocrate non si giura per Mitra, ma per gli altri dèi medici del pantheon olimpico, si è pensato che esso non fosse stato redatto nell'ambito di una comunità misterica di Mitra ma piuttosto in quello di una società più antica i cui membri erano nel contempo medici e sacerdoti: taumaturghi cretesi, luogotenenti di Zeus Kouros.

Il discorso ci porterebbe molto lontano, e non è questa la sede per avventurarsi in sentieri così incerti, anche se indubbiamente affascinanti.

Questa breve digressione sul significato politico e sociale delle origini del Giuramento, non è tuttavia irrilevante per il tema che mi è stato affidato e anzi, paradossalmente, ci riconduce nel cuore del dibattito attuale sulle differenze tra "doveri" e libertà individuali, tra etica laica ed etica religiosa, tra le teorie morali dei filosofi classici e quelle dei filosofi "analisti", tra le teorie deontologiche e quelle motivazionali e consequenziali e sul significato sociale che un giuramento di questo genere può rappresentare nella società odierna.

Secondo Sherwin B. Nuland il Giuramento, pur invocando Apollo e la famiglia di Esculapio, **"non è una dichiarazione religiosa, è un'assunzione di responsabilità piuttosto che un documento sacro. Anche se la prima e l'ulti-**

**ma frase sono il prodotto delle convinzioni religiose o mistiche greche, gli dei non sono invocati in quanto provocano o guariscono una malattia"**.

Il bioeticista spagnolo Diego Gracia sostiene invece una tesi più complessa: **"il giuramento di Ippocrate [sarebbe] il documento paradigmatico della rivendicazione del ruolo "sacerdotale", o ruolo "professionale" dei medici. Un ruolo che è proprio dei re, dei sacerdoti e dei giudici"**.

Il medico fruirebbe così della esenzione dalla responsabilità giuridica perché sottomesso alla più forte responsabilità morale.

I medici in ogni epoca, da Ippocrate in poi, hanno continuato a giurare in varie forme seppure nei secoli successivi abbiano dato una connotazione più esplicitamente religiosa alle loro intenzioni, chiamando a testimoni le divinità o invocandone la protezione e il loro aiuto, dimostrando che l'etica medica occidentale è stato nel tempo il frutto della commistione dei precetti giudaico-cristiani e degli insegnamenti dei filosofi morali, insieme all'eredità della scuola di Ippocrate.

Basti pensare, tra i tanti testi dedicati all'etica del medico, alla Preghiera di Mosè Maimonide, al Giuramento di Asaph, al Giuramento di Montpellier o a quello più recente di Ginevra.

Oggi il nostro giuramento ha un carattere laico e "aconfessionale" ma, pur nelle mutate condizioni storiche, sociali, economiche e tecnico-scientifiche, conserva immutati, nel testo e negli articoli del Codice, quei principi del giuramento di Ippocrate che hanno rappresentato per centinaia di generazioni di medici la più



alta manifestazione di comportamento etico e di purezza intellettuale.

Certamente esso non conferisce alcun ruolo sacerdotale, e tanto meno garantisce "l'impunità" giuridica, ma più che un atto formale esso deve rappresentare l'impegno solenne ad uniformare i propri comportamenti ai principi immutabili dell'etica medica applicata alla professione.

Il giuramento dei medici, obbligatorio dal 1998, lascia a ciascuno il diritto di credere o di non credere in un Ente soprannaturale, e in quale eventualmente credere, ma il medico ha comunque sempre il **dovere** di tutelare la salute, guarire le malattie e alleviare le sofferenze dei suoi pazienti, e non può decidere soltanto sulla base delle conoscenze scientifiche ignorando giudizi di valore che attengono alla coscienza individuale, alla libertà ed al rispetto reciproco degli altri e ad una concezione condivisa della vita e della morte.

Anche la recente Carta internazionale della Professionalità medica, nell'indicare le dieci responsabilità del professionista moderno, ne ha riportate cinque che erano già presenti nel Giuramento del V secolo a.C.: competenza, onestà, riservatezza, rapporti corretti con i pazienti, e rifiuto di vantaggi derivanti da conflitti di interesse. Le altre corrispondono alla equità, alla solidarietà ed all'universalità dei servizi sanitari moderni.

È facile constatare che oggi viviamo in un'epoca di secolarizzazione e di esaltazione della sovranità dell'individuo, a causa della crisi di credenze morali condivise, del venir meno di visioni prospettive del futuro, di una realtà complessa, globalizzata e multietnica, di crescenti possibilità di modificare la biologia umana e di concrete minacce di degrado ambientale.

Sono molte oggi le "etiche possibili" perché alcuni hanno una visione dell'Uomo ispirata alla libertà assoluta fino alla negazione di ogni austero moralismo, altri subordinano le loro scelte morali ai precetti ed ai comandamenti di una fede religiosa, e altri ancora ritengono che il venir meno della mediazione divina nelle scelte che riguardano gli altri non esima gli uomini dalle responsabilità, ma intesa come espressione della soggettività etica

e di una libertà sia pure relativa.

Questa molteplicità di convinzioni che, appellandosi a motivazioni contrastanti basate su valori che dovrebbero legittimarle, avanzano ciascuna pretese di primato, creano una babele di linguaggi e di incomunicabilità che finisce col paralizzare anche l'attività legislativa del Parlamento quando affronta temi che attengono a principi morali.

In questa prospettiva il giuramento moderno, e lo sviluppo dei suoi principi etici nel Codice deontologico, appaiono gli unici strumenti possibili per la fondazione di modelli di convivenza che consentano di regolare ciò che di comune deve esserci nel conflitto di interessi tra valori e desideri degli uomini, non sempre conciliabili, in quanto frutto della riflessione collegiale della professione sui problemi dell'etica medica oggi.

Anche la giurisprudenza italiana, con le sentenze più recenti, riconosce il valore e l'importanza sociale delle norme che gli ordinamenti professionali si danno autonomamente per assicurare qualità e decoro alle prestazioni rese dai medici ai cittadini, come fonti "di fatto" se non di "diritto".

È vero che la deontologia esprime "precetti extragiuridici" o "doveri interni alla categoria", ma si va facendo sempre più strada la consapevolezza che la regolazione per legge dei comportamenti umani, in tema di salute, provoca soprattutto una inflazione di norme legislative di difficile applicazione.

Il riesame delle virtù più semplici di un passato lontano, relativamente più semplice, deve aiutarci a comprendere che l'obbiettivo da perseguire è quello di dare alla professione medica un'etica forte, riconoscibile dalla società, pur senza ignorare la estrema variabilità dei comportamenti umani.

L'insegnamento che ci proviene dal Giuramento di Ippocrate, oltre alla stupefacente modernità dei suoi contenuti ideali, mi pare che stia anche nel fatto che quei nostri antenati avevano compreso che cosa la società si attendeva da loro.

**Aldo Pagni**

## FONDAMENTI ETICI NELL'EVOLUZIONE DEI CODICI DI DEONTOLOGIA MEDICA DAL 1953 AI GIORNI NOSTRI

### 1. QUARANTA ANNI DI STORIA

In Italia in questi ultimi quaranta anni la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha promulgato ben quattro Codici Deontologici: nel 1953, in risposta alle istanze del processo di Norimberga; nel 1978 in risposta ai problemi posti dallo Stato Sociale; nel 1989 in risposta ad una medicina sempre più tecnologica e infine nel 1995, in risposta ai nuovi e delicati problemi che la medicina tecnologicamente avanzata pone, soprattutto sul problema della trasmissione della vita e sulle ormai assodate tecniche di manipolazione genetica. I codici hanno il compito di proporre delle norme che servono a tutelare la buona immagine dei professionisti all'esterno e a regolare e favorire dei buoni rapporti tra i membri della professione stessa, tuttavia, in genere, sono la sintesi di una riflessione etica che fa da supporto alla normativa stessa.

### 2. FONDAMENTI STORICI E CULTURALI

La medicina occidentale fin dalle sue origini si caratterizza per una forte chiara tensione etica che trova il suo modello più autorevole nel cosiddetto Giuramento di Ippocrate.

Osservando con attenzione il documento si rileva quale fosse il ruolo dell'arte medica nella civiltà greca sia in rapporto alle varie componenti della struttura sociale, sia all'interno della stessa corporazione.

L'esercizio dell'arte medica è affidato essenzialmente a uomini liberi, ai quali è riconosciuto non solo il diritto alla libertà ma anche alla ricerca della verità attraverso la pratica delle quattro virtù cardinali: la prudenza, la giustizia, la forza e la temperanza.

Solo l'uomo libero è virtuoso e sano nel corpo e nell'anima; di conseguenza gli schiavi, asserviti ai lavori umili della terra, essendo privi delle libertà politiche e civili, sono deformi di corpo e ignobili di spirito, in essi non c'è né salute né moralità. Il medico è in primo luogo un sapiente, che sa governare se stesso e contribuisce al buon governo della città in forza della conoscenza della natura e dei valori del bene e del male, di buono e di cattivo, di giusto e di empio, che in essa si riscontrano. La natura è il fondamento dei valori e la sua conoscenza dischiude alle menti illuminate non solo la conoscenza delle norme per agire secondo natura ma fornisce anche degli elementi per ristabilire l'equilibrio infranto dall'ignoranza o dalla trasgressione. Le istanze etiche si fondano sulla Natura, che con le sue regole fisse determina i valori di giudizio della realtà cosmica ma anche dell'agire professionale. La malattia assume una dimensione di disordine della natura e, poiché la natura si identifica in qualche modo, e se si vuole, ne diventa la rivelazione con la divinità, è anche disordine morale. L'uomo malato ha bisogno di ristabilire non solo l'equilibrio bio-fisico ma anche quello morale: il medico assume dunque una funzione di mediatore con la divinità ed entra a fare parte della casta sacerdotale che si prende cura dell'uomo peccatore per riconciliarlo con la divinità stessa.

In tale visione naturalistica dell'etica il medico diviene rappresentante ufficiale della divinità e assume un ruolo sacerdotale che lo inserisce in una casta chiusa e autorevole.

La struttura del Codice Ippocratico esprime una visione elitaria dell'arte medica, come espressione di una casta sacerdotale, che vive un rapporto culturale con la divinità:

*Affermo con giuramento per Apollo medico e per Esculapio, per Igea e per Panacea - e ne siano testimoni tutti gli dei e le dee - che per quanto me lo consentiranno le mie forze e il mio pensiero, adempirò questo mio giuramento che prometto qui per iscritto.*

E non solo ma mostra anche che attraverso detto impegno di fedeltà o di infedeltà al giuramento prestato, scaturisce, rispettivamente una benedizione di vita:

*Che io possa, se avrò con ogni scrupolo osservato questo mio giuramento senza mai trasgredirlo, vivere a lungo e felicemente nella stima di tutti, raccogliere copiosi frutti della mia arte.*

O una maledizione:  
*che se invece lo violerò e sarò quindi spergiuro, possa capitarmi tutto il contrario.*

La professione medica, in quanto arte terapeutica, ispiratasi in origine al modello sacerdotale, come risulta chiaro dal testo del giuramento, sviluppa un concetto di responsabilità professionale di tipo religioso piuttosto che giuridico che fonda il significato più vero e profondo di professione, intesa come attività non manipolatoria rivolta a rispondere ai bisogni della persona in quanto tale. E proprio in questa prospettiva si colloca l'istanza etica di tutta l'attività terapeutica, che si impegna, per sua natura, a prendersi cura di qualcuno che bisogna riconoscere come proprio simile e deve essere trattato sempre e comunque come fine ultimo della propria attività. Da qui il principio fondamentale dell'attività terapeutica: la beneficiabilità che esprime in primo luogo un ruolo paterno proprio di chi esercita una funzione di mediatore.

L'arte medica nel corso della sua storia si è emancipata dal suo primitivo rapporto con la divinità ma ha difeso il suo ruolo sacrale per non rinunciare alla funzione sacerdotale in senso lato, che gli permette di esercitare un paternalismo professionale che garantisce indipendenza, autorità, impunità.

### 3. LE NUOVE ISTANZE CULTURALI

#### 3.1 Il superamento del modello paternalista

La relazione medico - paziente, elemento fondante di ogni atto medico, un tempo basata su un modello di tipo paternalistico, in cui il medico si assumeva la responsabilità delle scelte nel processo diagnostico-terapeutico per il bene del paziente, sta ora



evolvendo verso modelli relazionali diversi.

Non per questo riteniamo che il modello paternalistico contenesse solo elementi negativi.

#### MODELLO PATERNALISTA

- **Il terapeuta si fa carico in prima persona ed è pienamente e continuamente responsabile della preservazione della salute del paziente**
- **Osservanza dei principi ippocratici di beneficenza e non maleficenza**
- **Il paziente non partecipa al processo decisionale**
- **Negazione del principio di autonomia**

Generalmente in passato il medico era un intimo conoscitore del suo paziente, delle sue origini socio-culturali, della sua educazione, della sua famiglia, e perché no, delle sue speranze e delle sue paure, egli era infatti ritenuto una persona di fiducia, da cui ci si poteva aspettare sincerità e disponibilità e cui ci si poteva rivolgere senza tema di delusione. Il mutare delle condizioni socio-culturali ed economiche ha gradualmente modificato il rapporto medico paziente, sotto l'impulso di diversi fattori.

Il progresso della conoscenza scientifica applicato alla medicina ha ampliato a tal punto le possibilità diagnostiche e terapeutiche da rendere necessaria la partecipazione al processo decisionale di più figure professionali specialistiche. Questo mutare di condizioni ha portato alla frammentazione della figura del terapeuta e ha di fatto privato il paziente di un punto di riferimento importante. La figura del terapeuta confidente ed amico, che si faceva carico in prima persona ed era pienamente e continuamente responsabile della preservazione della salute del paziente, viene ora sostituita da una serie di figure professionali sostanzialmente estranee alla realtà quotidiana del paziente. Il medico assume le sembianze di un puro prestatore d'opera, da cui esigere qualità di prestazione e responsabilità professionale, piuttosto che amico fedele cui affidare ciecamente la cura della propria salute.

I tradizionali valori ippocratici di beneficenza e non maleficenza, principi ispiratori del paternalismo, che hanno orientato per generazioni la pratica medica, non sono più sufficienti a garantire una ottimale relazione medico-paziente, in quanto non vi sono allo stato attuale quei requisiti di reciproca fiducia che li avevano in un certo senso legittimati. Infatti essi si prestano a potenziali strumentalizzazioni ed è pur vero che anche in passato hanno giustificato la sottomissione e la disinformazione del paziente, cui veniva negata l'opportunità di essere pienamente consapevole della sua situazione. Tale approccio non risponde infatti alle istanze del **principio di autonomia** particolarmente sentito e presente nella cultura contemporanea occidentale.

Il paradigma della autonomia, fatti i primi passi in epoca illuminista ed in un contesto principalmente di problematiche socio-economiche, si è esteso a tutti gli ambiti della vita per affermare il diritto dell'individuo alla libertà e alla autodeterminazione. Ne deriva che nessun principio può avere un predominio assoluto nell'etica sanitaria se non quello del rispetto della persona. Lo spostamento della attenzione sul principio di autonomia avviene però in un clima quasi innaturale, potenzialmente caratterizzato dalla diffidenza e dal risentimento del medico per il potere perduto, per cui il diritto del paziente alla libertà rischia di tramutarsi nel diritto alla solitudine, proprio nel momento in cui ha più bisogno di assistenza.

Il medico, sempre più coinvolto nel potenziamento del suo potere guaritivo, ha progressivamente svestito i panni della persona **che si prende cura del paziente** per



divenire sostanzialmente **un tecnico che cura la malattia del paziente**. Il ruolo della tecnologia è di fondamentale importanza per la soluzione di molti problemi clinici, basti pensare agli esaltanti progressi registrati nel campo delle biotecnologie e nella elaborazione computerizzata dell'immagine, il progresso tecnologico ha però contribuito ad accentrare l'attenzione del medico sugli aspetti tecnici piuttosto che su quelli relazionali.

La attuale cultura dominante che ha promosso la ricerca scientifica, ha anche messo in secondo piano la persona malata con le sue paure, le sue speranze, la sua ricerca di aiuto e assicurazione. Essa ha accompagnato il medico in un cammino un po' aberrante che lo ha portato ad avere una visione incompleta e parziale dell'uomo, ridotto ad un insieme di sintomi, segni, funzioni alterate, organi danneggiati ed emozioni disturbate da curare, oppure ad entità numerica quantificabile potenzialmente inseribile in sperimentazioni cliniche. Ciò significa trascurare la dimensione umana del paziente.

La medicina da sempre ha rappresentato un connubio fra sapere e arte. Essa risponde al bisogno dell'uomo di curare la salute e liberarsi della malattia. Non è pertanto possibile e non è giusto che il terapeuta limiti la sua azione alla cura dell'evento morboso: essendo il fine della sua opera quello di consentire all'individuo di recuperare il suo stato di salute, egli dovrebbe occuparsi dell'intera persona malata. Il progressivo superamento del modello paternalista vede affermarsi due nuove concezioni di rapporto medico-paziente: un modello giuridista, attento soprattutto alle problematiche di tipo medico legale, e un modello cosiddetto della alleanza terapeutica, attento alle problematiche del paziente in quanto persona capace di partecipare al processo decisionale in modo attivo e responsabile.

### 3.2 Il modello giuridista

L'impostazione di tipo giuridista privilegia l'esigenza del medico di tutelare la propria figura professionale dalle insidie che derivano dall'esercizio della sua professione all'interno della società, anche in virtù della ridefinizione del suo ruolo all'interno di essa. La potenza dei mezzi a disposizione ha infatti ingigantito nelle persone malate le attese di guarigione; la delusione di queste attese viene spesso addebitata alla negligenza e incompetenza del medico.

Peraltro il medico viene fatto oggetto di una investitura ambivalente, poiché egli riceve il tributo di onnipotenza che gli deriva dall'essere *l'amministratore* della conoscenza scientifica disponibile, ma viene anche a subire la progressiva disaffezione della società, forse a causa del venire meno di quel rapporto esclusivo e amichevole che aneddoticamente caratterizzava la relazione medico-paziente.

#### MODELLO GIURIDISTA

- **Attento soprattutto alle problematiche di tipo legale il rapporto medico-paziente assume le caratteristiche del negozio giuridico**
- **Il paziente si limita ad esprimere consenso o dissenso**
- **Osservanza della norma giuridica**

L'immagine idealizzata di questa relazione vive ancora senza precise connotazioni spazio-temporali nella tradizione culturale. Da questa ottica diventa anche possibile comprendere il diffondersi della pratica delle azioni legali contro i medici per responsabilità talvolta oggettive ed evidenti, spesso solo presunte, nell'insuccesso terapeutico, ma spesso forse "solamente" responsabili di una cattiva gestione della propria immagine.

Non si può certo criticare l'attenzione del medico alle problematiche di tipo medico-legale. Crediamo però che un rapporto terapeutico fondato esclusivamente sulla osservanza della norma giuridica snaturi la figura del medico riducendolo ad un semplice erogatore di atti tecnici. La norma giuridica è una regola che la collettività ha prodotto al fine di tutelare i diritti dell'individuo e prevenire comportamenti lesivi, essa regola il rapporto interindividuale e richiede una osservanza esteriore, non necessariamente partecipe.

Riteniamo invece che il medico debba sviluppare la capacità di gestire con equilibrio sia gli aspetti tecnici sia gli aspetti relazionali.

La prassi del **consenso informato**, nell'ambito di un rapporto **giuridista** è semplicemente un atto volto a certificare che il paziente è stato informato sull'iter diagnostico e/o terapeutico che si intende seguire e che egli acconsente a che tale procedimento venga avviato, essendo stato informato sui rischi ed i benefici che questo comporta.

### 3.3 Il modello di alleanza terapeutica

Una impostazione della relazione medico-paziente che abbia come fine di realizzare una **alleanza terapeutica** contro la malattia e le diminuzioni che essa comporta nasce dalla attenzione del medico per il malato in quanto persona portatrice di problemi che vanno oltre i sintomi e segni della malattia. Il medico che sceglie questo tipo di approccio, tutela la propria figura professionale in un modo diverso da chi si attiene semplicemente alla osservanza della norma giuridica. Egli rende disponibile se stesso, insieme alle tecnologie di cui dispone, per portare alle persone malate non solo la scienza ma il suo calore umano.

#### MODELLO DI ALLEANZA TERAPEUTICA

- **Attento alle problematiche del paziente in quanto persona capace di partecipare al processo decisionale in modo attivo e responsabile**
- **Osservanza della norma etica**

Chi sceglie questa strada non rinuncia a quel rapporto esclusivo e amichevole con il paziente che diversifica la relazione medico-paziente da un semplice negozio giuridico. In questo caso viene privilegiata l'osservanza della norma etica, piuttosto che la minimale norma giuridica.

La norma etica, essendo un imperativo categorico richiede non una semplice adesione formale ma una interiorizzazione ed intima condivisione.

Nell'ambito di una relazione medico-paziente imperniata sull'alleanza terapeutica anche la prassi del **consenso informato** trova la sua naturale valenza, essendo inserita nel contesto di una relazione equilibrata. Essa non si limita pertanto a compiere il proprio dovere secondo quanto previsto dalle norme giuridiche; essa prende forma in un contesto imperniato su una più complessa e completa forma di conoscenza e di comunicazione fra medico e paziente, attenta non solo agli aspetti strettamente legati ai sintomi della malattia, al processo diagnostico o terapeutico, ma alla persona che vi si trova coinvolta, al suo ambiente familiare e sociale.

Il paziente diventa pertanto parte attiva nel processo decisionale, dalla fase prediagnostica a quella terapeutica, e non si limita semplicemente ad esprimere il proprio assenso o dissenso. Come abbiamo detto prima la relazione medico-paziente è l'elemento fondante di ogni atto medico e si avvale di una partecipazione coesistente, anche se differenziata, di entrambi i protagonisti, medico e paziente, con pari dignità. Solo se tale relazione realizza in sé le caratteristiche di una **alleanza terapeutica** sarà in grado di rispondere pienamente ai bisogni dell'uomo malato.

#### **4.Revisione dei 4 successivi Codici Deontologici Italiani e analisi di alcuni aspetti peculiari del rapporto medico-paziente**

Si riportano qui di seguito alcuni Artt. dei successivi Codici Deontologici Italiani (C.D.I.) per documentare le variazioni e commentarli brevemente.

##### **C.D.I. del 1953**

**Art. 47** “Lo scopo essenziale del medico deve essere la conservazione della vita fisica... egli si preoccuperà innanzitutto di non nuocere”

**Art. 51** “Il medico non può abbandonare un malato perché ritenuto inguaribile, ma deve assisterlo fino alla fine anche spiritualmente: non sempre si può guarire ma sempre si può aiutare e confortare”.

**Art. 52** “Una prognosi grave può essere tenuta nascosta al malato ma non alla famiglia”.

**Art. 55** “Il medico non deve intraprendere alcun atto operativo senza il consenso dell’ammalato ..., salvo i casi di assoluta necessità ed urgenza .... Se l’intervento è ritenuto indispensabile egli può chiedere un consulto e, comunque, dovrebbe farsi rilasciare una dichiarazione scritta che documenti il rifiuto”.

##### **C.D.I. del 1978**

**Art. 19** “I trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza fisica o psichica del malato possono essere giustificati da un rigoroso accertamento delle necessità terapeutiche al solo fine di conseguire la guarigione o di rendere sollievo alla sofferenza”.

**Art. 29** “Il medico non può abbandonare un malato perché ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenire la sofferenza fisica e psichica, di aiutarlo e confortarlo”.

**Art. 30** “Una prognosi grave può essere tenuta nascosta al malato ma non alla famiglia. In ogni caso la volontà del paziente, liberamente espressa, deve rappresentare per il medico un elemento al quale egli ispirerà il suo comportamento”.

**Art. 39** “Il medico non deve intraprendere alcun atto medico che comporti un rischio per il paziente senza consenso valido del malato ... salvo lo stato di necessità e sempre che il paziente non sia in grado di dare un valido consenso ... in caso di rifiuto deve richiedere il rilascio di una dichiarazione liberatoria”.

##### **C.D.I. del 1989**

**Art. 21** “I trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza fisica o psichica del malato possono essere proposti previo rigoroso accertamento delle necessità terapeutiche al fine di procurare un concreto beneficio al paziente o di alleviarne le sofferenze”.

**Art. 32** “Il medico non può abbandonare un malato perché ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenire la sofferenza fisica e psichica, di aiutarlo e confortarlo”.

**Art. 39** “Il medico ha il dovere di dare al paziente, tenendo conto del suo livello di cultura e delle sue capacità di discernimento, la più serena informazione sulla diagnosi, la prognosi, le prospettive terapeutiche e le loro conseguenze, nella consapevolezza dei limiti delle conoscenze mediche, nel rispetto dei diritti della persona e al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte terapeutiche. Ogni quesito specifico posto dal paziente deve essere accolto e soddisfatto con chiarezza. Il medico potrà valutare, segnatamente in rapporto con la reattività del paziente, l’opportunità di non rivelare al malato o di attenuare una prognosi grave o infausta, nel qual caso questa dovrà essere comunicata ai congiunti. In ogni caso la volontà del paziente, liberamente espressa, deve rappresentare per il medico elemento al quale ispirare il proprio comportamento”.

**Art. 40** “Il medico non può intraprendere alcuna attività diagnostico-terapeutica senza il valido consenso del paziente, che, se sostanzialmente implicito nel rapporto

di fiducia, deve essere invece consapevole e esplicito allorché l’atto medico comporti rischio o permanente diminuzione dell’integrità fisica. In ogni caso, in presenza di un esplicito rifiuto del paziente capace di intendere o di volere, il medico è tenuto alla desistenza da qualsiasi atto diagnostico e curativo, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà del paziente”.

**Art. 41** “Il procedimento diagnostico e il trattamento terapeutico suscettibili di porre in pericolo l’incolumità del paziente, debbono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sui reali rischi, cui dovrà far seguito una opportuna documentazione del consenso.”

##### **C.D.I. del 1995**

**Art. 17** “Rispetto dei diritti del paziente. Il medico nel rapporto con il paziente deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona”.

**Art.20** “Continuità delle cure... Il medico non può abbandonare un malato perché ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenire la sofferenza fisica e psichica”.

**Art. 29** “Il medico ha il dovere di dare al paziente, tenendo conto del suo livello di cultura e delle sue capacità di discernimento, la più serena informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e sulle verosimili conseguenze della terapia e della mancata terapia nella consapevolezza dei limiti delle conoscenze mediche, anche al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazioni da parte del paziente deve essere comunque soddisfatta. Le informazioni relative al programma diagnostico e terapeutico possono essere circoscritte a quegli elementi che cultura e condizione psicologica del paziente sono in grado di recepire e accettare, evitando superflue citazioni inerenti gli aspetti scientifici. Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazioni o sofferenze particolari al paziente, devono essere fornite con circospezione, usando terminologie non traumatizzanti senza escludere mai elementi di speranza. La volontà del paziente, liberamente e attualmente espressa, deve informare i comportamenti del medico, entro i limiti della potestà, della dignità e della libertà professionale”.

**Art. 30** “Informazione ai congiunti. L’informazione ai congiunti è ammessa solo se il paziente la consente e fatto salvo quanto previsto dall’articolo 9 allorché sia in grave pericolo la salute di terzi”.

**Art. 31** “Il medico non può intraprendere alcuna attività diagnostica e terapeutica senza il consenso del paziente validamente informato. Il consenso in forma scritta nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche o terapeutiche si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà del paziente è integrativo e non sostitutivo del consenso informato di cui all’articolo 29. Il procedimento diagnostico e il trattamento terapeutico che possono comportare grave rischio per l’incolumità del paziente, devono essere intrapresi comunque solo in casi di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve fare seguito una opportuna documentazione del consenso. In ogni caso, in presenza di esplicito rifiuto del paziente capace di intendere e di volere, il medico deve desistere da qualsiasi atto diagnostico e curativo, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà del paziente ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo art.33”.

Riguardo al **malato ritenuto inguaribile** è da notare come sia scomparsa la parte relativa all’assistenza anche spirituale presente nell’Art. 47 del C.D.I. del 1953, che non compare nelle successive edizioni. Essa viene sostituita dai concetti di aiuto e conforto nel C.D.I. del 1978 (art. 29) e nel C.D.I. del 1989 (art.32) che nell’art. 20 del C.D.I. del 1995 scompaiono e lasciano il posto a “ lenire la sofferenza fisica e psichica”. Si assiste quindi ad un progressivo cambiamento della figura del medico che,



smesse le vesti "sacrali" ippocratiche, indossa la tuta dell'era tecnologica, privilegiando le peculiarità tecniche a quelle umanistiche; quasi che gli aspetti umani della relazione medico-paziente vengano ritenuti dei componenti non indispensabili o addirittura dannosi. Questa apertura al tecnicismo che si limita a definire gli aspetti empirici dell'attività del medico sembra insufficiente a qualificare interamente il suo ruolo di terapeuta, in quanto l'espressione "lenire la sofferenza psichica" può anche, se intesa restrittivamente, significare semplice somministrazione di farmaci psicotropi. A noi piace ribadire invece la necessità di un approccio non esclusivamente tecnico, ma basato su un'intesa umanamente valida (Art. 47 del C.D.I. del 1953, Art. 29 del C.D.I. del 1978, Art. 32 del C.D.I. del 1989 e Art. 20 del C.D.I. del 1995).

Un altro capitolo che ha subito delle modifiche sostanziali con l'andare del tempo è quello dell'**informazione al paziente e ai congiunti**. Nel C.D.I. del 1953 Art. 52 si ammette l'opportunità di tenere nascosta una prognosi grave al paziente ma non alla famiglia. Nel C.D.I. del 1978 (Art. 30) si apre uno spiraglio, invero più virtuale che reale, al rispetto della volontà del paziente liberamente espressa. Nonostante la scarsa rilevanza di tale affermazione sul piano pratico, poiché non si parla di favorire la consapevolezza, capace di motivare la volontà, ma "solo" di rispetto della volontà, essa rimane comunque una affermazione pesante dal punto di vista concettuale essendo significativa di una apertura mentale, seppure ancora in embrione, verso le problematiche inerenti l'apporto del paziente al processo decisionale.

Nel 1989 (Art. 39) il problema dell'informazione viene definito in modo più articolato e completo, in quanto viene fatta una opportuna distinzione in base alla capacità del paziente di partecipare in modo costruttivo al processo diagnostico-terapeutico, peraltro viene ancora ammessa la possibilità di far gravare sui familiari l'onere di una informazione relativa ad una prognosi infausta.

Nel C.D.I. del 1995 i termini del problema vengono definiti in due diversi articoli (Art. 29 e Art. 30): la parte relativa al paziente precisa ulteriormente la necessità di adeguare il tipo di informazione al singolo paziente e di ricorrere a "terminologie non traumatizzanti senza escludere mai elementi di speranza".

Per quel riguarda l'informazione ai congiunti essa, fatto salvo quanto previsto all'Art. 9, è ammessa solo quando consentita dal paziente. Questo fatto deriva dalla consapevolezza dei profondi mutamenti cui va incontro la società attuale che contribuiscono ad una impostazione di tipo giuridico dei rapporti fra le persone anche all'interno della famiglia, al cui interno vengono vissute e talvolta amplificate le varie tensioni presenti nella società. Riguardo al consenso all'atto medico esso viene trattato nell'Art. 55 del C.D.I. e nell'Art. 39 del C.D.I. del 1978. In entrambi viene sottolineata sia la necessità di ottenere il consenso, sia quella di documentare il rifiuto dell'atto medico da parte del malato. Però, mentre il C.D.I. del 1953 ribadiva la necessità del consenso solo per l'intervento chirurgico, nel C.D.I. del 1978 la necessità del consenso viene estesa a tutti gli atti medici che comportino rischio per il paziente. Nel C.D.I. del 1989 il problema viene definito da due articoli (Art. 40 e 41).

È importante quanto detto all'Art. 40 poiché si precisa che il consenso informato non è richiesto solo per le attività terapeutiche ma anche per le attività diagnostiche, esso deve inoltre essere reso esplicitamente in presenza di rischi per il paziente. Tali articoli vengono accorpati nell'articolo 31 del C.D.I. del 1995 ove si precisa però che il consenso informato scritto è integrativo e non sostitutivo di quanto riportato nell'Art. 29. Altri commenti possono riguardare l'annotazione che scompare dal C.D.I. successivi l'affermazione in forma esplicita di quanto affermato nell'Art. 47 nel C.D.I. del 1953 "Lo scopo essenziale del medico deve essere la conservazione della vita fisica che egli si preoccuperà innanzitutto di non nuocere".

Inoltre negli Art. 19 e 21 dei C.D.I. del 1978 e del 1989 rispettivamente si precisa che trattamenti che abbiano capacità di influire negativamente sullo stato di benessere del paziente possono essere intrapresi al solo fine di procurare un beneficio concreto al paziente o di alleviarne le sofferenze.

**Padre Giuseppe Carrucci**

2° CORSO D'INFORMAZIONE DEONTOLOGICA PROFESSIONALE

## ATTUALITÀ DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

### Dalle remote origini dell'etica e della morale alle moderne acquisizioni della deontologia e della bioetica: un testo di rigore scientifico adeguato ai tempi

Il vigente codice di deontologia medica costituisce un punto di arrivo di un millenario processo di speculazione filosofica e di pensiero e di una ricerca mai interrotta per l'individuazione di regole comportamentali universalmente valide in quanto universalmente condivise. Regole che hanno trovato le proprie origini nei primi tentativi a noi noti - attraverso le memorie e le fonti storiche disponibili - di organizzare la società civile in termini di equità e giustizia.

Infatti il codice di deontologia medica è insieme un'elaborazione di principi etici, morali, bioetici e di norme relative ai diritti ed ai doveri, che non solo attingono la loro remota origine nel pensiero e nella speculazione filosofica più antichi, ma anche trovano la propria attualità nel continuo adeguamento di queste teorie allo sviluppo ed alla evoluzione dei tempi attraverso i secoli fino all'epoca in cui viviamo.

#### **Il nostro è un codice etico**

Esso, infatti, si identifica e riconosce pienamente nella definizione di etica in quanto "*l'etica designa ogni dottrina o riflessione speculativa intorno al comportamento dell'uomo*", così come si esprimeva Aristotele nelle trattazioni di filosofia della pratica.

Sotto questo profilo il codice vuole, ancor oggi, superare il dogmatismo di semplici norme comportamentali dettate da credenze di varia natura e/o religiose o da costumi tradizionali, per trovare, attraverso la discussione e la ricerca, una giustificazione teorica alle regole comportamentali da adottare, frutto diretto dell'esperienza pratica dell'uomo.

Un codice informato, inoltre, ad "*un'etica relativa*", che tenta di riconoscere fondamenti universali, individuando "*valori assoluti di riferimento*" per valutare, giudicare ed indirizzare i comportamenti dell'uomo e - nel nostro caso - del medico.

A Socrate si deve questa successiva evoluzione dottrinale secondo il principio che "*il vero vantaggio per tutti si identifica nel vero bene*".

Platone raccolse e sviluppò il pensiero socratico, facendo dell'etica il cardine centrale di tutta la filosofia ed individuando "*l'idea suprema del bene, cui orientare teologicamente il mondo e passionalmente l'uomo, invitato ad una sempre maggior funzione contemplativa delle idee*".

Alla radice storica dell'etica propria del mondo classico della civiltà mediterranea, di cui siamo eredi diretti, si affiancò, poi, anche quella dell'etica religiosa cristiana, la quale alla prima si sovrappose e l'integrò arricchendola di un principio sconosciuto al mondo pagano. Quello fondamentale e rivoluzionario dell'eguaglianza fra tutti gli uomini e del diritto da parte di ogni singolo al rispetto della dignità della propria persona in un coinvolgimento solidaristico di reciproco amore.

Al riferimento platonico "all'idea suprema del bene" si affiancò così, a sostituzione, il riferimento «ad una tensione mirata alla perfezione stessa di Dio».

Nel genoma culturale della nostra società, dunque, operano ed incidono profondamente questi riferimenti dottrinali e questo prezioso patrimonio culturale. Essi, tutt'oggi, sottendono l'impo-

stazione e l'organizzazione del nostro codice deontologico.

#### **Il nostro è un codice morale**

Esso, infatti, tiene in massima considerazione anche il riferimento al principio pragmatico elaborato dal mondo laico latino-romano, che dai principi dell'etica astratta, espressi dal mondo classico greco, approdò ad una "morale" più realistica e meno teorica. Ciò traendo insegnamento dagli usi e costumi prevalenti, da cui l'etimo stesso del termine adottato in sostituzione di quello già in uso.

In quest'accezione, infatti, la "morale" si elabora come risultanza "del viver pratico, in quanto questo comporta una scelta consapevole tra azioni ugualmente possibili appartenenti alle opposte categorie del bene e del male". Quasi che la prevalenza di un costume possa prevaricare sul concetto astratto e assoluto di ciò che è "il bene o il male".

Peraltro, oggi, nell'uso corrente il significato dei sostantivi "etica" e "morale" ha finito con il coincidere assimilandosi ad un identico concetto.

#### **Il nostro è un codice deontologico**

Esso, infatti, è stato elaborato e "inventato" sulla base della "dottrina utilitaristica dei doveri" precisata da Bentham nel XVIII secolo. Secondo questa scienza dei doveri ("deontologia"), maturata nel clima socio-culturale illuministico all'epoca della rivoluzione francese, ogni categoria di esercitanti un mestiere o una professione (quindi anche i medici) riesce a tutelare i propri interessi e la propria corporazione solo se si autoimpone e rispetta regole rigorose di comportamento. Regole che insieme garantiscano loro stessi e quanti ad essi si rivolgono per ricevere prestazioni.

#### **Il nostro è un codice bioetico**

Esso, infatti, si è tempestivamente adeguato al nuovo indirizzo di pensiero precisato dalla moderna "bioetica" intesa come etica o morale della vita così come teorizzata dal Potter poco più di trent'anni fa.

La medicina ha come scopo la difesa

della salute e della vita dell'uomo ma non può limitarsi solo all'attenzione per l'uomo, bensì, nel perseguire i propri obiettivi, deve abbracciare, in un armonico coinvolgimento, tutti gli aspetti della vita da cui l'essere umano è circondato. In questo ambito l'uomo stesso deve inserirsi in modo coerente per non alterare equilibri della vita universale, di cui costituisce solo una manifestazione ancorché di prioritario rilievo ed importanza.

#### **Il nostro è un codice attuale**

Esso, infatti, è aderente al momento storico che viviamo e adeguato alle problematiche proposte, di volta in volta, dall'evoluzione della società e dei suoi costumi, come ampiamente testimoniano i testi del codice riformati in successione negli ultimi decenni, fino all'ultima stesura del 1998.

Rivoluzionarie sono state alcune delle più recenti innovazioni dottrinali adottate, riconosciute come altamente qualificanti:

- il passaggio dal concetto di beneficiabilità autoritaria dell'opera professionale del medico al riconoscimento della piena autonomia decisionale del paziente e del suo diritto all'informazione ed all'espressione di un consenso responsabile;
- il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina di iniziativa;
- il passaggio dalla cura della malattia al prendersi cura della persona, mirato alla ricerca della miglior qualità di vita possibile.

#### **Il nostro è un codice di coerenza scientifica**

Esso, infatti, norma, in piena aderenza ai criteri della scienza ufficiale, il valore di una medicina basata sulla evidenza documentata dei risultati verificati ed aggiornati. Affronta e regola i comportamenti relativi alla ricerca ed alla adozione delle più recenti acquisizioni scientifiche, quali trapianti d'organo e tessuti, manipolazioni genetiche, clonazione, terapie palliative, accanimento terapeutico, maternità medicalmente assistita.

#### **Il nostro è un codice di surroga legislativa**

Esso, infatti, vicaria anche vuoti di legislazione su temi di grande rilievo, fonte di serrato dibattito, come l'eutanasia e la fecondazione artificiale. Non a caso recenti e ormai numerose sentenze della magistratura lo hanno assunto come punto di riferimento ogni qual volta esistano lacune nell'ordinamento legislativo del nostro Paese, che abbiano trovato considerazione e normazione nel nostro codice.

#### **Conclusione**

Il codice di deontologia medica vigente è, dunque, attuale e di indiscussa

riconosciuta autorevolezza e non solo per i medici.

Un codice, certo, perfettibile e necessitante di obbligati e tempestivi aggiornamenti. Un codice, purtroppo, poco letto e studiato ed ancor meno meditato da parte di troppi medici.

È ad essi che rivolgiamo un collegiale invito ad affrontare con impegno lo sforzo di colmare una grave e colpevole lacuna, a trovare il tempo e la concentrazione per un momento indispensabile di arricchimento culturale e professionale.

**Michele Olivetti**





## DALLA PRATICA QUOTIDIANA ALLA DEONTOLOGIA

Abbiamo più volte proposto un Ordine sperimentale, capace di proporre un nuovo modo di ragionare sulla professione. Forse ci stiamo riuscendo e i colleghi cominciano a capirne l'importanza. Sul versante della qualità stiamo lanciando l'idea di sistematizzare l'analisi delle decisioni e la correzione degli errori attraverso strumenti condivisi tra la professione e l'organizzazione delle aziende.

Sul piano deontologico un'idea e una domanda hanno fatto scattare un'iniziativa importante.

L'idea nasce da una banale constatazione: finora i codici deontologici sono nati dalla riflessione degli esperti, dalle decisioni dei Presidenti di Ordine, dalla pressione esterna sui problemi più clamorosi della scienza moderna.

Ma i medici, specialmente i medici generali, ogni giorno alle prese con le domande, le esigenze, le credenze della popolazione, come vivono la deontologia e quali problemi si pongono e pongono all'Ordine? Insomma, è possibile pensare a un Codice Deontologico che nasca dal basso, dall'esperienza quotidiana dei medici?

La domanda è questa: spesso, troppo spesso, scoppiano scandali nella medicina. Episodi come quello del Lipobay minano alla base la credibilità dei medici: ci possiamo fidare di chi prescrive farmaci nell'interesse dell'industria e non solo del paziente, si chiedono i cittadini? Come possiamo comportarci secondo i canoni dell'indipendenza professionale, valore fondante della nostra professione, quando solo l'industria chimica da informazioni sui farmaci, sponsorizza la ricerca e consente di frequentare congressi, si chiedono i medici? Allora la domanda è: il codice, con tutte le sue rigorose norme, è ancora uno strumento utile, o meglio realistico, o c'è qualcosa da cambiare o da regolamentare in modo più esplicito?

Abbiamo deciso di dar vita a un'iniziativa ordinistica, proponendo a un piccolo gruppo di medici generali, a partire da coloro che si erano mostrati interessati a precedenti corsi di bioetica, di partecipare a una mattinata in cui, dopo una presentazione generale da parte del Presidente dell'Ordine, del Prof. Barni, Presidente del Comitato Regionale di Bioetica e della Dr.ssa Marsico, bioeticista, si è proposto un primo lavoro a piccoli gruppi, proprio sul conflitto di interessi, tema fondamentale della medicina contemporanea.

Non solo l'impegno è stato grandissimo ma, quel che più conta, i colleghi hanno posto, con argomentazioni importanti, le stesse questioni che agitano tutto il mondo civile. E hanno deciso di costituirsi in un gruppo stabile di lavoro per approfondire i temi e proporre eventuali modifiche al codice o regolamentazioni specifiche.

Certamente ad oggi il numero dei colleghi coinvolti non è grande, ma le rivoluzioni cominciano sempre per l'iniziativa di pochi. Il fatto concreto è che in tal modo si stabilisce un tramite di riflessione tra Consiglio dell'Ordine e medici pratici e che la riflessione deontologica si allarga e pone questioni rilevanti e ineludibili: l'etica della professione è compatibile con l'etica dell'impresa? Oggi, il principio dell'indipendenza del medico come si sostanzia?

Il fine dell'Ordine è anche quello di far riflettere i medici sulla professione e di far nascere i cambiamenti dalla loro esperienza, filtrata nella discussione collegiale.

Contiamo di proseguire queste riunioni ampliando il gruppo e pubblicandone i risultati. Vorremmo giungere a preparare una sorta di animatori di formazione esperti in deontologia per diffondere la consapevolezza dei problemi. È un programma ambizioso ma, se nella sanità avremo qualche anno di serenità, lo potremo realizzare.

**Antonio Panti**

## IL CODICE DEONTOLOGICO: "EVOLUZIONE NELLA CONTINUITÀ" TRA LEGGI E COSTUME

Le novità generali del Codice deontologico 1998, oltre a quelle specificate dai singoli articoli, mi pare che sostanzialmente siano due: un'ampia e appassionata partecipazione dei Consigli provinciali degli Ordini alla formulazione di ogni articolo e un insolito interesse della stampa di informazione per un codice di autoregolamentazione "interno" dei comportamenti dei medici.

Non era infatti mai accaduto in passato che oltre settanta ordini provinciali inviassero alla Commissione permanente per il Codice deontologico, istituita dal Comitato Centrale della FNOMCeO e affidata al Segretario Dr. Paci, così tante osservazioni scritte, puntuali e pertinenti, frutto di prolungati dibattiti interni alla categoria. Né si erano mai visti i Presidenti degli Ordini provinciali discutere per due giornate, con puntigliosa passione, ogni articolo del codice nel testo proposto, se non quando nel 1995 si discusse l'articolo, controverso e delicato, relativo alla fecondazione medicalmente assistita. Segno che gli Ordini si sono resi conto che un codice dei "doveri" del medico è intanto uno strumento di autolegitimazione della istituzione ordinistica (minacciata di soppressione da più parti perché ritenuta inutile se non addirittura socialmente dannosa), e poi una guida per il medico e uno strumento di lavoro per l'esercizio del potere disciplinare ordinistico. Un corpus di norme sui doveri dei medici non è infatti un documento da relegare nell'archivio degli atti formali, più o meno nobili, ma il cuore stesso di un Ordine professionale chiamato a garantire la qualità tecnico-scientifica, ma anche quella comportamentale, dei suoi iscritti a tutela della salute dei cittadini. La seconda novità rappresentata dall'interesse, mostrato dalla stampa di informazione - perfino nel periodo di preparazione del nuovo codice - dimostra il

profondo cambiamento avvenuto nell'opinione pubblica, in questi ultimi anni, a proposito di quel che accade all'interno del mondo medico. E forse anche un auspicio di giustizialismo sommario, ingenuo e pericoloso, serpeggia nell'immaginario collettivo nei confronti di presunti o reali comportamenti illeciti di alcuni medici. È comunque motivo di riflessione per tutti come nella società della complessità ormai priva di certezze assolute, la doverosa trasparenza dei comportamenti dei medici sia divenuta una realtà incontrovertibile. Il codice deontologico, pur essendo uno strumento di disciplina extragiudiziale (che tuttavia discende dalla legge) viene assimilato dall'opinione pubblica agli altri codici: amministrativo, civile, penale, del lavoro, etc... E poiché i cittadini sono insoddisfatti delle lungaggini delle cause penali o civili che si svolgono nei tribunali, finiscono con il ritenere che l'Ordine professionale possa e debba procedere a far giustizia immediata. Non è questa la sede per una disamina approfondita di questi problemi, ma certamente, se da un lato dobbiamo opporci con fermezza alla richiesta di procedere attraverso giudizi sommari nei confronti di comportamenti illeciti, dall'altro non possiamo permetterci il lusso di difendere comunque coloro che palesemente si rendono responsabili degli stessi. Abbiamo necessità di garantire che in casa nostra "il grano sia distinto dal loglio" per affrontare un problema preoccupante e attuale: la mancata definizione giuridica della liceità dell'atto medico, la richiesta di depenalizzazione dell'evento imprevedibile causato dalle decisioni del medico, e il recente orientamento della giurisprudenza che abolisce la distinzione tra colpa grave e lieve del medico e trasferisce al penale quel che una volta afferiva al civile.

**Aldo Pagni**

## STRUMENTO DI AUTOGOVERNO DELLA PROFESSIONE E PER LA PROMOZIONE DI UN NUOVO RAPPORTO TRA MEDICO E CITTADINO

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, nella riunione, all'uopo convocata, il 2-3 Ottobre 1998, ha approvato, all'unanimità, il nuovo Codice di Deontologia Medica, proposto dal Comitato Centrale ed elaborato dalla Commissione permanente istituita presso la Federazione per l'aggiornamento continuo delle norme deontologiche che governano la Professione.

In precedenza, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, nella seduta del 17 Luglio 1998, aveva approvato sempre all'unanimità, l'iter procedurale per l'approvazione del Codice facendo definitivamente chiarezza su una questione a lungo dibattuta e che aveva creato incertezze e difformità di interpretazioni.

La procedura individuata ed approvata dal Consiglio Nazionale ha consentito un ampio dibattito nella categoria, in particolare all'interno dei singoli Consigli degli Ordini Provinciali ed anche al di fuori degli stessi, ha determinato una grande attenzione da parte della stampa e dell'opinione pubblica in generale, realizzando, in tal modo, una estesa partecipazione, certamente utile in una materia estremamente complessa e delicata.

La procedura individuata ha consentito, altresì, di chiarire le tappe per l'approvazione del Codice: il Comitato Centrale della FNOMCeO fissa le regole deontologiche che ogni Ordine, nell'esercizio dell'autogoverno della professione, recepisce con apposita deliberazione, rendendo, in tal modo, il Codice vincolante per tutti gli iscritti.

La professione medica, a differenza degli altri Ordini professionali che discutono, tuttora, sulla opportunità di dettare norme deontologiche, ha ritenuto necessario, sin dal secolo scorso, emanare regole di deontologia vincolanti per i propri iscritti.

Indubbiamente ciò è derivato dal carattere pubblicistico della professione medica, ma anche dalla necessità di realizzare il soddisfacimento dell'interesse collettivo nella tutela della salute, bene primario.

Ma ciò che ha spinto gli Ordini dei medici a fissare regole deontologiche è stata la necessità di dare concretezza all'Art. 38 del Regolamento di esecuzione della Legge sulla ricostituzione degli Ordini Sanitari che non individua compiutamente le azioni o le omissioni non consone al decoro della professione, ma indica genericamente clausole il cui contenuto deve essere integrato dalle regole della deontologia.

Si legge, infatti, nell'Art. 38: "i sanitari che si rendano colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione o, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del Consiglio dell'Ordine della Provincia nel cui Albo sono iscritti".

Si tratta, indubbiamente, di una norma generica in cui i precetti, i doveri e la stessa individuazione di "fatti disdicevoli al decoro professionale" non sono facilmente individuabili.

È pur vero secondo i giudizi di legittimità che le norme di etica professionale non si identificano con un sistema di fattispecie tipiche e, come tali, non sono soggetti al principio del *nullum crimen sine lege*, tuttavia si rende necessario tipizzare e dare concretezza alle generiche affermazioni "abusi o mancanze nell'esercizio della professione o fatti disdicevoli al decoro professionale".

Ciò serve, in particolare, a rendere edotti gli iscritti su quei comportamenti che l'Ordine Professionale non ritiene consoni al decoro della professione e, conseguente-

mente, censurabili dal punto di vista deontologico.

La FNOMCeO, come organo ausiliario dello Stato e di autogoverno della professione, garante della qualità delle prestazioni professionali dei medici a tutela della salute dei cittadini, ha inteso, con l'attuale formulazione del Codice di Deontologia, incidere profondamente sul rapporto medico-cittadino contribuendo, in tal caso, alla realizzazione dei diritti dei cittadini costituzionalmente protetti.

Alcune novità significative inserite nel nuovo Codice testimoniano tale impostazione.

L'uso del tradizionale termine "paziente" è stato limitato rispetto al Codice precedente.

Si è, infatti, utilizzato, prevalentemente, il termine "cittadino" per sottolineare l'universalità dei principi fondamentali (es. Art. 17 "rispetto dei diritti del cittadino"); si è fatto ricorso anche alla terminologia "persona assistita" o "malato" per scongiurare il rischio, alcune volte strumentale, di letture paternalistiche della parola paziente.

L'Art. 12 del nuovo Codice (prescrizione e trattamento terapeutico) è stato a lungo dibattuto dall'Assemblea dei Presidenti degli Ordini, in quanto si è introdotto il principio che "le prescrizioni ed i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, anche al fine dell'uso appropriato delle risorse sempre perseguendo il beneficio del paziente".

Sempre all'Art. 12 è stato introdotto il concetto che "la prescrizione di farmaci, per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o non ancora autorizzate al commercio, è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata".

Uno specifico articolo è stato dedicato alla cartella clinica che deve essere redatta con puntualità e diligenza nel rispetto della buona pratica clinica e contenere tutti i dati obiettivi riscontrati e le attività diagnostico-terapeutiche praticate.

Si è deciso di inserire un articolo dedicato esclusivamente al comparaggio per rafforzarne il divieto in qualsiasi forma.

Si è ribadito, rispetto al Codice del 1995, il principio che il medico è tenuto a far conoscere preventivamente il suo onorario; su questo aspetto, comunque, l'elemento fortemente innovativo, che dimostra concretamente il grande senso di responsabilità della categoria, è quello relativo alla scelta di fondo operata: il medico, non solo è tenuto al rispetto della tariffa minima professionale, ma anche a quella massima stabilita da ciascun Ordine Professionale sulla base di criteri definiti dalla Federazione Nazionale.

Rispetto al testo del 1995 si è trovata una diversa e migliore formulazione circa la differenza tra pubblicità ed informazione al pubblico in materia sanitaria, in particolare in tema di educazione sanitaria e di scoperte scientifiche.

Nel nuovo testo si è voluto anche inserire un articolo per rafforzare le competenze del Presidente dell'Ordine, anche al di là delle attribuzioni della Legge istitutiva, attraverso un ruolo di vigilanza più ampia al fine di realizzare un rapporto più stretto tra l'istituzione ordinistica e gli iscritti. Si è introdotto un articolo sulla direzione sanitaria per stabilire che il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria di strutture pubbliche o private deve garantire, nell'espletamento della sua attività, il rispetto delle norme del Codice di Deontologia all'interno della struttura in cui opera.

Si è rafforzato, rispetto al Codice precedente, il divieto dell'utilizzo e della somministrazione di trattamenti farmacologici tendenti ad alterare l'equilibrio psico-fisico dell'atleta.

Particolare attenzione è stata dedicata al capitolo sulla sperimentazione, sul problema degli interventi sul genoma e sull'embrione umano e sui test genetici predittivi.

Il nuovo Codice di Deontologia medica approvato, in via definitiva, dal Comitato Centrale della FNOMCeO il 3 Ottobre 1998, è scaturito dall'esigenza di vigilare sulle prestazioni sanitarie valutandone la qualità e di esercitare il potere disciplinare sugli iscritti in sintonia con l'evoluzione scientifica e con le mutate condizioni di esercizio della professione.



*La deontologia:  
mai come oggi,  
è necessaria  
alla professione*

Ed è proprio su questo aspetto che si possono condividere i suggerimenti di cui al punto 40 lettera d) della Relazione dell'Autorità Garante della concorrenza e del mercato del 3 ottobre 1997, al termine dell'indagine su Ordini e Collegi professionali: "non vi è dubbio che un Ordine Professionale che assuma su di sé la funzione di certificare la qualità delle prestazioni dei propri aderenti, che si attrezzi per fornire loro quell'aggiornamento di tecniche e contenuti che consentono di migliorare il livello qualitativo delle prestazioni, diventi un punto di riferimento imprescindibile per coloro che esercitano un'attività professionale.

Pertanto, il controllo più utile che l'Ordine può effettuare sull'esercizio dell'attività e a garanzia della qualità delle prestazioni erogate dagli iscritti, è quello relativo all'aggiornamento ed alla formazione costante e continua dell'attività, nonché alla verifica della permanenza di requisiti professionali al passo con gli sviluppi della disciplina".

**Aristide Paci**



*La deontologia:  
mai come oggi,  
è necessaria  
alla professione*

da "Professione- cultura e pratica del medico d'oggi"  
n°5 - 2003

## CODICI DEONTOLOGICI DELLE PROFESSIONI SANITARIE A CONFRONTO

L'analisi dei codici deontologici delle professioni sanitarie permette di affermare che il termine "deontologia" è stato accolto nel suo intrinseco significato etimologico che fa del "dovere" l'elemento significativo, un dovere sviluppatosi in seguito ad una rinnovata relazione tra

personale sanitario e paziente, basata anche sui diritti del paziente e, di converso, sui doveri dell'esercente la professione sanitaria, rinnovata rispetto alle precedenti concezioni paternalistiche alle quali soprattutto il medico si era ispirato. Si possono in tal senso formulare alcune

considerazioni in riferimento al principio di limitazione dei compiti, già affermato come principio di autolimitazione dei propri compiti risalente ai primordi della medicina, quantomeno dal Giuramento di Ippocrate. In tale documento, infatti, di valore perenne, si pongono le basi della deontologia professionale, che detta le regole di condotta nei confronti del malato e della sua famiglia e dei propri colleghi: tra queste regole figura l'autolimitazione di non effettuare interventi "specialistici" senza averne la competenza. Tali concetti sembrano essere stati ampiamente recepiti anche dai codici deontologici delle professioni sanitarie, che, insieme ai profili professionali e agli ordinamenti didattici, delimitano il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6 comma 3 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

La legge 42/1999 pone inoltre anche

il limite delle competenze previste per i medici e per gli altri professionisti sanitari. Appare chiaro che il nostro ordinamento è passato da una situazione di evidente rigidità interpretativa, caratterizzata dall'esistenza stessa dei mansionari, a una situazione di maggiore flessibilità, con una interpretazione dei ruoli e delle funzioni di ciascuna figura in modo non preconstituito, con particolare attenzione alla evoluzione delle conoscenze necessarie per compiere determinati atti. In tal modo per l'esercente la professione sanitaria si sposta la logica "assistenziale": infatti essi diventano da meri esecutori di atti/mansioni, a responsabili dell'intero processo assistenziale.

La locuzione "deontologia" pertanto è adottata con specifico riferimento alle regole di condotta, cui ci si deve attenere nell'esercizio professionale, raccolte in apposito codice; per deontologia si può intendere anche l'insieme, più vasto, degli obblighi contemplati da norme giuridiche e professionali. In altre parole, se l'aspetto formale di un codice di deontologia è quello di indicare una serie di condotte e di precisare che esse sono doverose, occorre considerare che questo è solamente l'aspetto formale, cui deve corrispondere, nella concezione della deontologia da parte del singolo professionista, l'adesione meditata e volontaria a quanto contenuto nel codice.

"Deontologia" è un termine filosofico usato per la prima volta da Jeremy Bentham (1748 - 1832) il quale intitolò *Deontology, or Science of Morality* la sua opera pubblicata postuma (1834) e dedicata "Alla Teoria della virtù ed alla dottrina della pratica della virtù". Bentham definì la deontologia come «la parte delle nostre azioni cui il diritto po-

### IN SINTESI

*Il Codice di deontologia medica è testimonianza di impegno professionale nell'interesse della salute della persona.*

*L'autrice ripercorre i tratti principali dei codici di ogni professione sanitaria, soffermandosi sul concetto di deontologia della responsabilità*



sitivo lascia campo libero» ed è pertanto basata su regole della tradizione e del costume; in altre parole, egli intende per deontologia quel settore dell'arte e della scienza che ha per suo oggetto il fare in ogni occasione ciò che è *giusto e conviene fare*. La logica del dovere si stempera in tal modo in quella della riflessione, della valutazione e della scelta, tenendo in ogni caso sempre presenti i compiti e, di conseguenza, i doveri di ogni singolo esercente una professione sanitaria.

La deontologia sarebbe pertanto l'opposto di quello che taluno afferma restringendola alle sole norme scritte che regolano una determinata attività professionale: il suo significato etimologico, infatti, non autorizza ad affermare che tali doveri debbano essere solamente quelli contenuti nelle norme aventi valore legale e non siano (come in realtà sono) anche quelli "non scritti" e più propriamente "etiche".

Con l'avvento di una società sempre più marcatamente pluriculturale, si afferma il cosiddetto principio del pluralismo etico, in virtù del quale diverrebbe inevitabile «riconoscere che ci si trova di fronte a etiche diverse, cioè a codici morali diversi».

La necessità di sviluppare un'etica particolare per i medici, diversa dalla tra-

dizionale deontologia di origine ippocratica, nasce quindi in un contesto dell'antiregolazione: infatti, i bisogni di regolazione ed il timore di vedere eccessivamente regolamentata un'attività professionale che richiede iniziativa ed assunzione di responsabilità, vengono posti come termini antitetici in parallelo ai rapporti che intercorrono tra diritto e morale. Sviluppare l'aspetto etico del controllo di un'attività costitutiva, di conseguenza, la necessaria contropartita se si voleva evitare che questa diventasse oggetto di una sorveglianza da parte dei pubblici poteri.

La professione che per prima ha avvertito l'esigenza di un codice deontologico è stata quella medica, perché il suo esercizio coinvolge i valori più elevati della persona umana e quindi deve corrispondere alle esigenze etiche più profonde. Il primo codice risale alla metà del secolo scorso e fu curato ad opera dell'Associazione Medica Americana, un organismo professionale che tuttora si occupa della formazione etica dei medici attraverso la riedizione periodica del codice.

Il Documento di Erice, preparato da docenti di Bioetica e di Medicina Legale nel 1991, si propone come strumento di interpretazione e di chiarificazione nell'i-

dentificare quale sia la relazione tra Deontologia e Medicina Legale: definisce la deontologia come una disciplina il cui oggetto è lo studio delle norme di comportamento professionale specifiche delle professioni sanitarie. Essa include le norme morali, oggetto dell'etica medica tradizionale e considerate all'interno della bioetica alla cui "costruzione l'etica medica ha preparato il terreno"; le norme deontologiche propriamente dette, raccolte nei codici e nella tradizione orale e scritta della professione medica; le norme giuridiche proprie di ciascun Paese. Si individua come finalità della deontologia medica l'approfondimento essenziale e l'aggiornamento delle norme e regole di condotta della professione medica.

In tal senso, si può parlare di una vera e propria responsabilità deontologica, considerato che l'atto medico-diagnostico, terapeutico, discende da un patrimonio scientifico essenziale eventualmente trasfuso in linee guida, elaborate dalla comunità scientifica, che non vincolano prioritariamente la libertà professionale, la quale è e resta il presupposto dell'autonomia di giudizio d'indirizzo di ogni professione.

Il fine sostanziale cui l'esercente una professione sanitaria dovrebbe ispirarsi, pertanto, è quello dell'interesse personale del paziente, della sua qualità di vita, che va garantita in libertà morale e intellettuale assoluta e scevra da ogni preoccupazione estranea, da ogni suggestione, imposizione o restrizione che si interpongano nel rapporto con il paziente.

#### **Il Codice di deontologia medica**

Il 3 ottobre del 1998 è stato approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei medici il nuovo Codice deontologico, a soli 3 anni di distanza da quello entrato in vigore nel 1995, preceduto da quello del 1989 e del 1978. La necessità dell'ultimo aggiornamento può essere dovuta sia all'inevitabile necessità di adeguare le norme deontologiche ai continui cambiamenti di una società in rapida evoluzione dal punto di vista dei valori, dei diritti, delle

abitudini; sia dalla persistente distanza che separa l'agire quotidiano del medico da ciò che le norme deontologiche prescrivono, dovuto, da un lato, ad una "diffidenza" verso ciò che il codice stesso prescrive, dall'altro, dal prevalere talora di uno "stile" comportamentale troppo tradizionale ed ancorato a vecchi principi, talora "troppo anglosassone" e teso ad esaltare ai massimi termini l'autonomia e l'autodeterminazione del paziente. I problemi che giustificano una continua revisione del codice, oltre all'aggiornamento della deontologia tradizionale, sono quelli della cosiddetta etica di frontiera, laddove la scienza si avvicina ai confini della vita per influenzarne i meccanismi naturali, e quelli delle responsabilità nei confronti delle future generazioni.

Il medico rimane il responsabile del proprio comportamento, la categoria, nel suo insieme, elabora le regole della deontologia. Si tratta di abituare i medici a valutare sempre i valori in gioco in ogni decisione clinica, a discernere le scelte tecniche dai principi etici e dal sistema di valori del malato, a tener conto delle conseguenze anche economiche delle decisioni cliniche.

Tale codice non si limita mai a difendere gli interessi di una categoria, concepita come una corporazione, ma tutela anche i pazienti per eventuali comportamenti scorretti messi in atto nei loro confronti; propugna, soprattutto nell'ultima edizione del 1998, una nuova impostazione dell'alleanza terapeutica, in armonia con la quale la volontà del paziente — unitamente alla presa di coscienza di quest'ultimo di poter esercitare a pieno i propri diritti — viene sempre più sottolineata e considerata.

Infatti, il consenso non appare più come una mera adesione alla decisione medica "già presa", ma è il risultato finale di un processo informativo attuato dal medico nei confronti della persona cui si trova di fronte. Viene sempre ribadito il rispetto della vita e della persona umana, con sempre maggior apertura alla "libertà" del paziente: all'articolo 30 si sottolinea infatti come "...La documentata volontà della persona assistita di non es-



sere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata". In un'età di profondi mutamenti e di evoluzione in campo tecnico-scientifico, in cui, da un lato, al medico quotidianamente si pongono problemi di forte responsabilità nell'ambito della scienza della vita e della tutela della salute, anche alla luce dei valori e del pluralismo etico della società, dall'altro il cittadino si vede sempre più consapevole dei propri diritti e forte delle proprie conoscenze ed avanza sempre più alte aspettative riguardo alla propria salute, il Codice deontologico accoglie il mutamento del rapporto medico-paziente, rapporto sempre più indirizzato verso una nuova alleanza terapeutica, dove il cittadino rifiuta l'atteggiamento paternalistico, autoritario del curante, rivendicando una propria autodeterminazione.

Di conseguenza, in un società complessa e contraddittoria, «il codice deontologico tenta di stabilire, attraverso norme precise, il comportamento del medico... senza precisi riferimenti alla bioetica religiosa né a quella laica, ma affrontando con responsabile realismo temi di grande delicatezza e attualità».

#### **Codice deontologico del tecnico sanitario di radiologia medica**

Questo codice, che risale al 1994, è il primo in ordine di tempo che riunisce in modo sistematico le regole dei comportamenti relative ad una professione che solo ad un'osservazione superficiale può essere ritenuta di second'ordine o meramente esecutiva. Non solo i comportamenti in genere sono valutati ed inquadrati nella loro completezza, ma gli stessi vengono analizzati e codificati sotto più punti di vista e tutti in relazione all'operatività del soggetto. In primo luogo, anche se ciò può apparire banale, sicuramente trattasi di una professione sanitaria, medica in senso lato, con l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo, che può essere svolta, come in seguito vedremo, in diretta collaborazione con il medico specialista o anche, in particolari condizioni, in modo autonomo.

Il t.s.r.m. ora è certamente non più e

non solo un collaboratore del medico specialista, ma un professionista che deve avere, oltre ad una capacità tecnica, continuamente aggiornata, anche un comportamento correlativo; infatti, ogni giorno il t.s.r.m. deve affrontare e risolvere problemi nuovi con le nuove apparecchiature che vengono messe a disposizione, sempre però ispirandosi a quei principi deontologici che sono il cardine della sua professione medica.

La professione del t.s.r.m., come per tutti gli altri soggetti operanti nel campo medico, ha la finalità della prevenzione e cura della malattia e del soggetto: la sua attività deve essere sempre considerata il centro di ogni finalità operativa. Il comportamento del t.s.r.m. non deve, però, limitarsi a non violare i diritti dell'uomo, ma deve ispirarsi a ben più alte finalità così ben formulate nel Codice deontologico. Vengono inoltre dettagliatamente previsti dal codice deontologico i particolari casi di comportamenti, di situazioni, di circostanze anomale relative all'esercizio della professione di cui deve essere investito il collegio provinciale dei t.s.r.m. per le consequenziali decisioni.

Uno dei punti qualificanti dell'impegno professionale del t.s.r.m. è la necessità, oltre che di un'adeguata formazione, di un continuo aggiornamento. Nel Codice deontologico si insiste in modo particolare su tale circostanza in quanto, data per scontata una preparazione professionale di base, vi deve essere la necessità assoluta di un aggiornamento periodico, in modo che il t.s.r.m. sia in grado di svolgere con competenza assoluta il proprio lavoro anche su apparecchiature tecnologicamente innovative.

In merito al dovere del t.s.r.m. in particolari condizioni di effettuare prestazioni urgenti anche in assenza del medico specialista, sembra opportuno sottolineare come questo aspetto rientri nell'ambito dell'indirizzo generale della propria professione e delle indicazioni prefissate dal medico specialista, mettendo poi a disposizione di quest'ultimo il materiale raccolto.

Il t.s.r.m. può, anzi ha il diritto di astenersi dalle proprie prestazioni, anche se



richieste dal medico specialista, qualora una meditata riflessione sulle conseguenze negative delle stesse lo porti ad escludere la possibilità dell'effettuazione di tali prestazioni che possano avere a suo giudizio conseguenze negative per il paziente.

Un altro punto centrale del Codice deontologico del t.s.r.m. è dato dagli indirizzi relativi al consenso. Non solo il medico specialista è incaricato di questo rapporto innovativo e delicatissimo con il paziente, ma il t.s.r.m. primo collaboratore e, come abbiamo visto, in casi particolari unico agente, ha il dovere di affrontare la problematica del consenso.

La persona/paziente o chi esercita la rappresentanza legale in caso di minori, identificabile non solo nei genitori, deve essere messo al corrente di ogni risvolto clinico, medico e tecnico che gli possa far comprendere i significati, le finalità ed i risultati che si perseguono della prestazione che deve essere effettuata, e ciò anche per il reciproco rapporto di fiducia instaurato fra l'operatore e l'utente. Tutto ciò nell'ambito del segreto professionale

che deve mantenere, della riservatezza di tutti i dati diagnostici in modo che il paziente, consapevole e informato, possa affrontare le terapie, anzi collaborare attivamente al loro completamento. Il segreto e la riservatezza, infatti, costituiscono la base del rapporto fiduciario tra tecnico di radiologia e persona assistita: la riservatezza è, infatti, rapportata non solamente alle informazioni acquisite correlativamente all'anamnesi, ma anche agli atteggiamenti concreti posti in essere durante l'esecuzione delle prestazioni ed al dovere di preservare comunque l'intimità della persona, anche qualora le condizioni in cui si esegue l'opera possano arrecare un pregiudizio a tale sfera individuale di intimità.

Solo un accenno, ma con l'indirizzo preciso, viene fatto per la sperimentazione, dove è necessaria una specifica ed approfondita spiegazione, per avere al riguardo un pieno consenso informato.

#### **Il Codice deontologico del fisioterapista**

Nel 1998 è stato approvato dal dirett-

vo nazionale il Codice deontologico del terapeuta della riabilitazione (fisioterapista) che, pur nella sua schematicità, esamina e sancisce i compiti ed i doveri dei fisioterapisti. Tutti gli operatori, a qualsiasi livello della professione medica, come del resto tutti coloro che esercitano professioni libere o subordinate nei vari e più diversi compiti, e quindi anche i fisioterapisti, devono attenersi a più principi di etica generale nell'esercizio della professione sia nei confronti dei colleghi, sia nei confronti della società.

All'articolo 3 vengono puntigliosamente elencate le differenziazioni che vi possono essere negli intenti che non debbono in alcun modo influenzare né in positivo né in negativo il comportamento del fisioterapista, che deve essere comunque indirizzato al raggiungimento del miglior risultato possibile.

Viene richiamato con forza il principio di giustizia, basilare nell'etica medica, laddove all'articolo 3 sussiste il richiamo alla nazionalità, alla razza, alle condizioni sociali, che non devono determinare differenze di comportamento per il fisioterapista. Tale precisazione appare sicuramente giustificabile, in primo luogo ove si fa esplicito riferimento alle idee politiche, al sesso ed addirittura alle preferenze sessuali e di credo religioso per dare maggiore incisività e chiarezza all'affermazione del principio di equità. Viene, inoltre, sottolineato il richiamo al rispetto dell'ordinamento giuridico vigente: peraltro chiunque, non solo i fisioterapisti, deve attenersi.

Anche per i fisioterapisti vi è l'obbligo di rispettare il segreto professionale in senso lato, a meno che non ci sia un consenso consapevole del paziente, per esempio per quanto attiene la pubblicazione scientifica di dati a lui riferenti.

Oggetto dell'obbligo deontologico di riservatezza, per il terapeuta della riabilitazione, non sono solamente "i problemi del paziente", ma anche qualsiasi notizia riguardante il paziente stesso, con una deroga specifica nel caso della "trasmissione di segreto", giustificabile in funzione solamente della tutela della cura del

paziente e nell'interesse della salute dello stesso.

Per quanto riguarda la condotta professionale, il fisioterapista, autonomamente, attenendosi tuttavia alle diagnosi ed alle prescrizioni mediche, organizza ed elabora il programma di riabilitazione, anche, se necessario, in collaborazione con altri operatori medici.

L'attività terapeutica, inoltre, viene autonomamente praticata dal fisioterapista per il raggiungimento degli obiettivi di recupero, così come autonomamente svolge le attività professionali consuntive e preventive nell'ambito delle sue competenze e qualora ritenga che le stesse siano possibili e fruttuose.

Il consenso informato, seppure schematicamente indicato, rappresenta anche per i fisioterapisti un elemento qualificante della loro opera, perché, come ormai è pacifico, è il soggetto/paziente che decide in modo autonomo se accettare o meno la proposta terapeutica.

#### **Il Codice deontologico dell'infermiere**

La rivalutazione della professione infermieristica, iniziata con il generale processo di riforma del sistema sanitario, ha trovato il proprio completamento con l'abolizione del mansionario e l'approvazione del Codice deontologico del 1999. Ne è nata una nuova figura dell'infermiere, «attento al rispetto della salute e della dignità del paziente ma anche al decoro ed alla qualità della propria professione».

In tal senso, emerge la figura di un nuovo infermiere, la cui attività è sempre più improntata ad un agire per obiettivi certi in grado al contempo di vivificare il ruolo infermieristico, ma anche la responsabile autonomia, attuando il «doveroso passaggio dall'essere meri esecutori di atti a protagonisti del proprio agire, in grado di scegliere autonomamente o con l'équipe interdisciplinare di riferimento».

Complessivamente, il codice si presenta come un documento per aiutare l'infermiere ad adottare comportamenti professionali (che possono essere diversi da quelli individuali) e permettere il dia-

logo ed il pluralismo etico tra persone (professionisti e cittadini) che occupano ruoli, funzioni, responsabilità diverse nel contesto sanitario e nel percorso salute-malattia del paziente.

L'opera svolta dall'infermiere è quanto più varia: anzitutto può essere o autonoma o complementare in primo luogo all'attività dei medici ed inoltre anche all'attività di altri operatori tecnici. Tuttavia, più che la natura tecnica dell'attività il Codice deontologico, giustamente, prende in considerazione l'attività relazionale, addirittura educativa, dell'infermiere. Il rispetto della vita, della salute, della libertà, della dignità, vissute dall'infermiere nelle singole scelte quotidiane con coerenza e responsabilità, permeano di significato l'intero codice, dove valenza etica, deontologica e giuridica si compenetrano armonicamente, all'insegna di un'incorporazione della norma giuridica nella norma deontologica. Tale comportamento coinvolge più aspetti delle prestazioni infermieristiche che debbono essere svolte prendendosi cura della persona e della sua dignità. Se il

suo comportamento, oltre che tecnicamente ineccepibile, è anche eticamente responsabile, si ha precisamente la figura dell'infermiere previsto e statuito dal Codice deontologico. Ne consegue l'importanza di un rapporto infermiere-paziente basato sulla reciproca autonomia e nel contempo empatia, in una prospettiva per l'assistito di capacità decisionale, all'insegna del definitivo superamento dell'ottica paternalistica, a favore di un nuovo modello antropologico che vede il malato autore delle proprie vicende terapeutiche e che trova nell'infermiere un valido supporto per la concreta attuazione delle medesime.

Aggiornamento, formazione permanente, riflessione critica sulla propria esperienza, revisione e valutazione delle proprie conoscenze unitamente alla valorizzazione del ruolo della ricerca costituiscono il necessario bagaglio della professione infermieristica con immediate ricadute a livello deontologico e giuridico sotto il profilo della responsabilità professionale.

L'infermiere è sì tenuto ad informarsi





sul progetto terapeutico di ogni assistito affidato alle sue cure, ma poi deve in pratica applicarlo anche in situazione critica. L'informazione alla persona, il coinvolgimento della stessa con la possibilità o meno di aderire a scelte o preferenze dell'assistito possono alle volte presentare notevoli difficoltà pratiche.

#### **Il Codice deontologico dell'ostetrica/o**

L'articolo 1 della legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" richiama il concetto di autonomia: l'autonomia peraltro può assumere una connotazione negativa, allorché indichi l'esistenza di un ambito proprio di esercizio professionale, «da realizzare senza vincoli di subordinazione, operativa e decisionale, rispetto ad altre professioni sanitarie; ma può anche essere proposta una definizione di carattere positivo, che si limiti a dichiarare i contenuti, la metodologia e gli obiettivi propri della professione».

L'ostetrica/o infatti agisce nella generalità senza collaborazione o riferimento o addirittura dipendenza; agisce in autonomia affrontando situazioni che può e deve risolvere senza l'ausilio di altre figure professionali mediche. Solamente in casi patologici che possono presentare risvolti particolarmente delicati si rende necessario il contributo del medico. Appare evidente come questa impostazione implichi un rigore professionale ed un approfondito senso di responsabilità: infatti vi sono situazioni in cui la condotta dell'ostetrica può essere caratterizzata da uno o più requisiti della colpa, come la mancata raccolta di anamnesi con mancato rilievo della presenza di fattori di rischio, la sottostima di fattori di rischio noti all'ostetrica, la mancata o carente esecuzione delle procedure assistenziali di pertinenza, il mancato riconoscimento di situazioni potenzialmente patologiche, l'omessa richiesta di intervento medico, pur avendo riconosciuto l'insorgenza di situazioni patologiche, la mancata o inadeguata assistenza al neonato.

L'autonomia riconosciuta infatti a tale esercente una professione sanitaria com-



porta una serie di predisposizioni, di approfondita preparazione, di continuo adeguamento della stessa, oltre che di doti personali: solo l'insieme di questi elementi può delineare la figura dell'ostetrica/o, la cui azione è orientata alla tutela, al mantenimento ed al recupero della salute sessuale, riproduttiva e non, della persona.

Il Codice deontologico riassume e sintetizza il fine della professione dell'ostetrica/o come la possibilità del raggiungimento di salute globale da considerarsi uno stato di benessere fisico, psichico e sociale della persona. Parlando di salute globale si intende anche il campo dell'azione della prevenzione primaria con un'adeguata educazione sanitaria, la cooperazione nel mantenimento dello stato di salute, evitando l'insorgenza di patologie con una tempestiva identificazione di condizioni morbose.

Come per gli altri esercenti le professioni sanitarie anche l'ostetrica/o, quando si trovi di fronte a casi non strettamente collegati alla sua professione, deve comunque intervenire riservandosi appena possibile di indirizzare ad adeguate strutture la paziente.

Nel caso in cui l'ostetrica/o ritenga di adire all'obiezione di coscienza può rifiutare le prestazioni dirette ad effettuare e a collaborare ad un intervento di cui non condivide le finalità; ha però un limite nel caso vi sia pericolo di vita per la paziente o uno stato di necessità.

L'ostetrica/o deve inoltre mantenere il segreto professionale con gli obblighi ed i doveri di tutti gli operatori del settore per la tutela del diritto alla "privacy" della paziente. Risulta chiara la sostanziale corrispondenza tra l'indicazione deontologica e quella penale: mantenendo il segreto l'ostetrica/o "onora" la relazione di fiducia con la persona assistita, rispettandone anche l'eventuale consenso a rivelare notizie attinenti la sua salute. Come indicato dalla legge 675/1996, la rivelazione dei dati personali, e ancor più dei dati sensibili, può avvenire qualora vi sia il consenso dell'interessato, o qualora sussista la necessità di salvaguardare la salute o la vita dell'interessato o di terzi.

La violazione della privacy, infatti, andrebbe ad incidere negativamente sul rapporto di fiducia tra ostetrica/o e persona assistita e sulla prestazione erogata: l'interessato potrebbe assumere un comportamento reticente, perché preoccupato che le notizie riguardanti la sua salute e la sua vita siano portate all'attenzione di più persone a sua insaputa.

Il comma 3.7 della parte terza affronta un argomento di notevole importanza: infatti è sì vero che l'ostetrica/o, ove richiesto, assicura il rispetto del diritto della madre a conservare l'anonimato riguardo al prodotto del concepimento, ma tale situazione implica tante e tali problematiche, che probabilmente sarebbe stata necessaria una formulazione più ampia e dettagliata. Con questo dovere morale si intende salvaguardare il diritto della partoriente a mantenere il segreto sulla nascita del proprio figlio.

Nonostante l'approfondimento di alcune rilevanti tematiche alcuni Autori sostengono che tale codice, per quanto attiene le tematiche prettamente deontologiche, vada considerato «più come punto di partenza che non come un testo a carattere definitivo ed esauriente».

#### **Conclusioni**

I codici di deontologia delle professioni sanitarie diventano un'indicazione per ottemperare ai propri doveri, da un lato rivolta ad un'autentica solidarietà verso l'assistito, dall'altro alla realizzazione di una condotta e di un impegno professionale corretti. In particolare, il Codice deontologico dell'infermiere testimonia una concezione della deontologia che ha il significato, più che di "discorso dei doveri", di "discorso della responsabilità", o meglio dell'impegno, posto che responsabilità corrisponde ad impegno professionale nell'interesse della salute della persona. Si può parlare dunque di deontologia della responsabilità, intendendo in tal senso un modo di aderire ai precetti del codice deontologico non per imposizione, ma per scelta, poiché guidati dal proprio senso di responsabilità.

D'altra parte, il rinvio al profilo pro-



**La deontologia:  
mai come oggi,  
è necessaria  
alla professione**

fessionale, all'ordinamento didattico ed al codice deontologico per l'individuazione di atti professionali specifici, nell'ambito di attribuzioni e aree di competenza definite, necessariamente, in termini generali dai tre documenti, non pare sufficiente a scongiurare il rischio di possibili "invasioni di campo", ossia di confusioni e di sovrapposizioni di ruoli sia tra le diverse professioni, sia rispetto alle tradizionali e irrinunciabili prerogative diagnostico-terapeutiche del medico chirurgo.

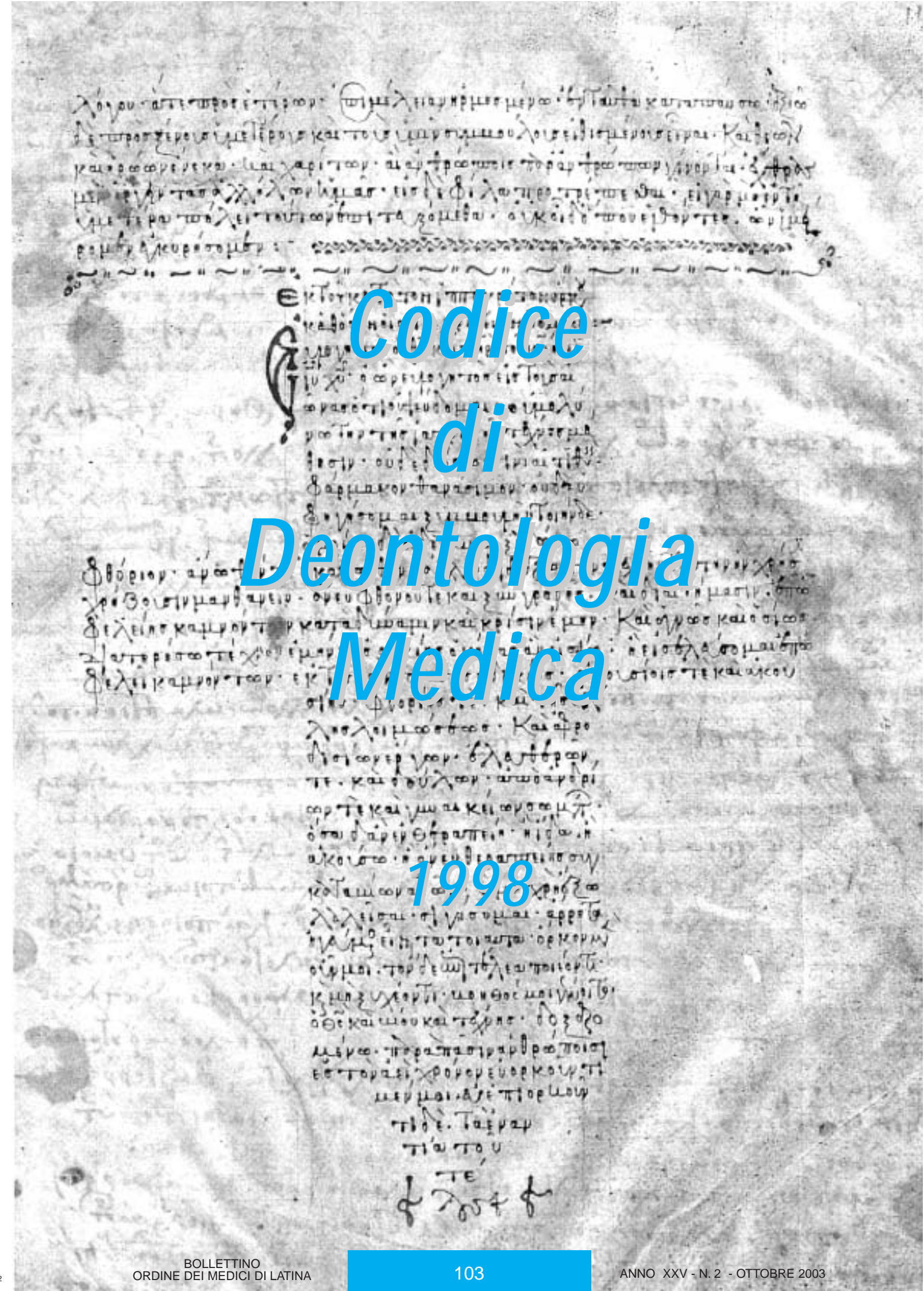
L'elaborazione di dettagliati codici deontologici ha avviato un'opera di regolamentazione della delicata materia, tuttavia è da presumere un'attenta azione di vigilanza e di controllo da parte degli organi competenti, per garantire ed assicurare il rispetto reciproco delle rispettive competenze.

Di conseguenza la professione sanitaria abilitata alla prevenzione, alla diagno-

si ed alla cura, «di cui è esclusivo esercente il medico chirurgo (ed entro certi limiti il medico odontoiatra) e la cui arbitraria o abusiva pratica costituisce illecito penalmente previsto e perseguibile, e in misura diversa le altre professioni sanitarie impegnate nella tutela della salute... sono destinate... ad esprimersi ancora attraverso collegi e ordini rappresentativi, democraticamente organizzati alla stregua di enti di diritto pubblico».

Si auspica, pertanto, che gli Ordini professionali siano consoni alla dignità professionale, ma anche alla qualità, equità, eticità delle prestazioni sanitarie nel duplice interesse della società e della persona.

**Adelaide Conti**  
*Cattedra di Medicina Legale,  
Università di Brescia*





*“L’etica ha raccolto il nome  
più espressivo di deontologia”*

*J. Bentham*

IL CODICE DI DEONTOLOGIA  
MEDICA È UN CORPUS DI  
REGOLE DI AUTODISCIPLINA  
PREDETERMINATE DALLA  
PROFESSIONE, VINCOLANTI  
PER GLI ISCRITTI ALL’ORDI-  
NE CHE A QUELLE NORME  
DEVONO QUINDI ADEGUARE  
LA LORO CONDOTTA PROFES-  
SIONALE

a pag. 103: “Giuramento di Ippocrate” su un codice  
bizantino del XII secolo. Roma, Biblioteca Vaticana.  
Da *Medicina ieri, oggi e domani*, n° 1/97

## GIURAMENTO PROFESSIONALE

### TITOLO I

#### OGGETTO E CAMPO DI APPLICAZIONE

- Art. 1 Definizione
- Art. 2 Potestà disciplinare - Sanzioni

### TITOLO II

#### COMPITI E DOVERI GENERALI DEL MEDICO

##### CAPO I

##### INDIPENDENZA E DIGNITÀ DELLA PROFESSIONE

- Art. 3 Doveri del medico
- Art. 4 Libertà e indipendenza della professione
- Art. 5 Esercizio dell’attività professionale
- Art. 6 Limiti dell’attività professionale

##### CAPO II

##### PRESTAZIONI D’URGENZA

- Art. 7 Obbligo di intervento
- Art. 8 Calamità

##### CAPO III

##### OBBLIGHI PECULIARI DEL MEDICO

- Art. 9 Segreto professionale
- Art. 10 Documentazione e tutela dei dati
- Art. 11 Comunicazione e diffusione di dati

##### CAPO IV

##### ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI TERAPEUTICI

- Art. 12 Prescrizione e trattamento terapeutico
- Art. 13 Pratiche non convenzionali  
Denuncia di abusivismo

Art. 14 Accanimento diagnostico-terapeutico

Art. 15 Trattamenti che incidono  
sulla integrità psico-fisica

**CAPO V  
OBBLIGHI PROFESSIONALI**

Art. 16 Aggiornamento e formazione  
professionale permanente

**TITOLO III  
RAPPORTI CON IL CITTADINO**

**CAPO I  
REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO**

Art. 17 Rispetto dei diritti del cittadino

Art. 18 Competenza professionale

Art. 19 Rifiuto d'opera professionale

Art. 20 Continuità delle cure

Art. 21 Documentazione clinica

Art. 22 Certificazione

Art. 23 Cartella clinica

**CAPO II  
DOVERI DEL MEDICO  
E DIRITTI DEL CITTADINO**

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

Art. 25 Sfiducia del cittadino

Art. 26 Soccorso d'urgenza

Art. 27 Fornitura di medicinali

Art. 28 Comparaggio

**CAPO III  
DOVERI DEL MEDICO  
VERSO I MINORI, GLI ANZIANI E I DISABILI**

Art. 29 Assistenza

**CAPO IV  
INFORMAZIONE E CONSENSO**

Art. 30 Informazioni al cittadino

Art. 31 Informazione a terzi

Art. 32 Acquisizione del consenso

Art. 33 Consenso del legale rappresentante

Art. 34 Autonomia del cittadino

Art. 35 Assistenza d'urgenza

**CAPO V  
ASSISTENZA AI MALATI INGUARIBILI**

Art. 36 Eutanasia

Art. 37 Assistenza al malato inguaribile

**CAPO VI  
TRAPIANTI**

Art. 38 Prelievo di parti di cadavere

Art. 39 Prelievo di organi e tessuti da persona vivente

**CAPO VII  
SESSUALITÀ E RIPRODUZIONE**

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

Art. 41 Interruzione volontaria di gravidanza

Art. 42 Fecondazione assistita

**CAPO VIII  
SPERIMENTAZIONE**

Art. 43 Interventi sul genoma e sull'embrione umano

Art. 44 Test genetici predittivi

Art. 45 Sperimentazione scientifica

Art. 46 Ricerca biomedica e  
sperimentazione sull'Uomo

Art. 47 Sperimentazione clinica

Art. 48 Sperimentazione sull'animale

**CAPO IX  
TRATTAMENTO MEDICO  
E LIBERTÀ PERSONALE**

Art. 49 Obblighi del medico

Art. 50 Tortura e trattamenti disumani

Art. 51 Rifiuto consapevole di nutrirsi



**CAPO X  
ONORARI PROFESSIONALI**

Art. 52 Onorari professionali

**CAPO XI  
PUBBLICITÀ IN MATERIA SANITARIA  
E INFORMAZIONE AL PUBBLICO**

Art. 53 Pubblicità sanitaria  
Art. 54 Informazione sanitaria  
Art. 55 Scoperte scientifiche  
Art. 56 Divieto di patrocinio

**TITOLO IV**

**RAPPORTI CON I COLLEGHI**

**CAPO I  
SOLIDARIETÀ TRA MEDICI**

Art. 57 Rispetto reciproco  
Art. 58 Rapporti con il medico curante

**CAPO II  
CONSULENZA E CONSULTO**

Art. 59 Consulenza e consulto  
Art. 60 Divergenza tra curante e consulente

**CAPO III  
ALTRI RAPPORTI TRA MEDICI**

Art. 61 Supplenza  
Art. 62 Medico curante e ospedaliero  
Art. 63 Giudizio clinico  
Rispetto della professionalità

**CAPO IV  
MEDICINA LEGALE**

Art. 64 Compiti e funzioni medico-legali  
Art. 65 Visite fiscali

**CAPO V  
RAPPORTI CON L'ORDINE PROFESSIONALE**

Art. 66 Doveri di collaborazione

**TITOLO V**

**RAPPORTI CON I TERZI**

**CAPO I  
SVOLGIMENTO  
DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE**

Art. 67 Modalità e forme di espletamento dell'attività  
professionale  
Art. 68 Rapporto con le altre professioni sanitarie

**TITOLO VI**

**RAPPORTI CON  
IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
E CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI**

**CAPO I  
OBBLIGHI DEONTOLOGICI DEL MEDICO  
A RAPPORTO DI IMPIEGO O CONVENZIONATO**

Art. 69 Medico dipendente o convenzionato  
Art. 70 Direzione sanitaria  
Art. 71 Collegialità  
Art. 72 Eccesso di prestazioni  
Art. 73 Conflitto di interessi

**CAPO II  
MEDICINA DELLO SPORT**

Art. 74 Accertamento della idoneità fisica  
Art. 75 Idoneità - Valutazione medica  
Art. 76 Doping

**CAPO III  
TUTELA DELLA SALUTE COLLETTIVA**

Art. 77 Attività nell'interesse della collettività  
Art. 78 Trattamento sanitario obbligatorio  
e denunce obbligatorie  
Art. 79 Prevenzione, assistenza e cura  
della dipendenza da sostanze da abuso

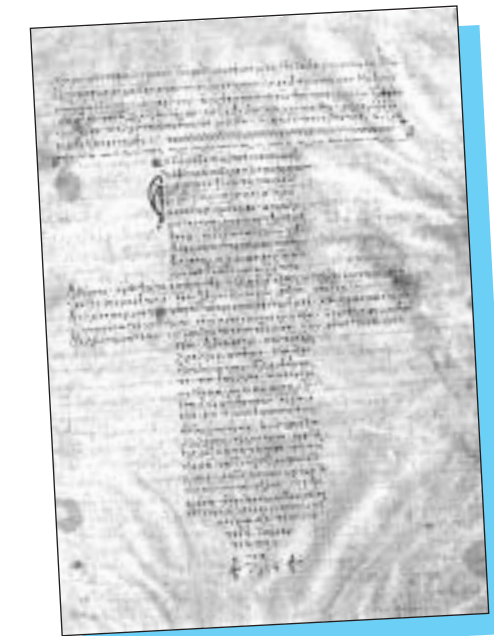
**DISPOSIZIONE FINALE**

## GIURAMENTO PROFESSIONALE

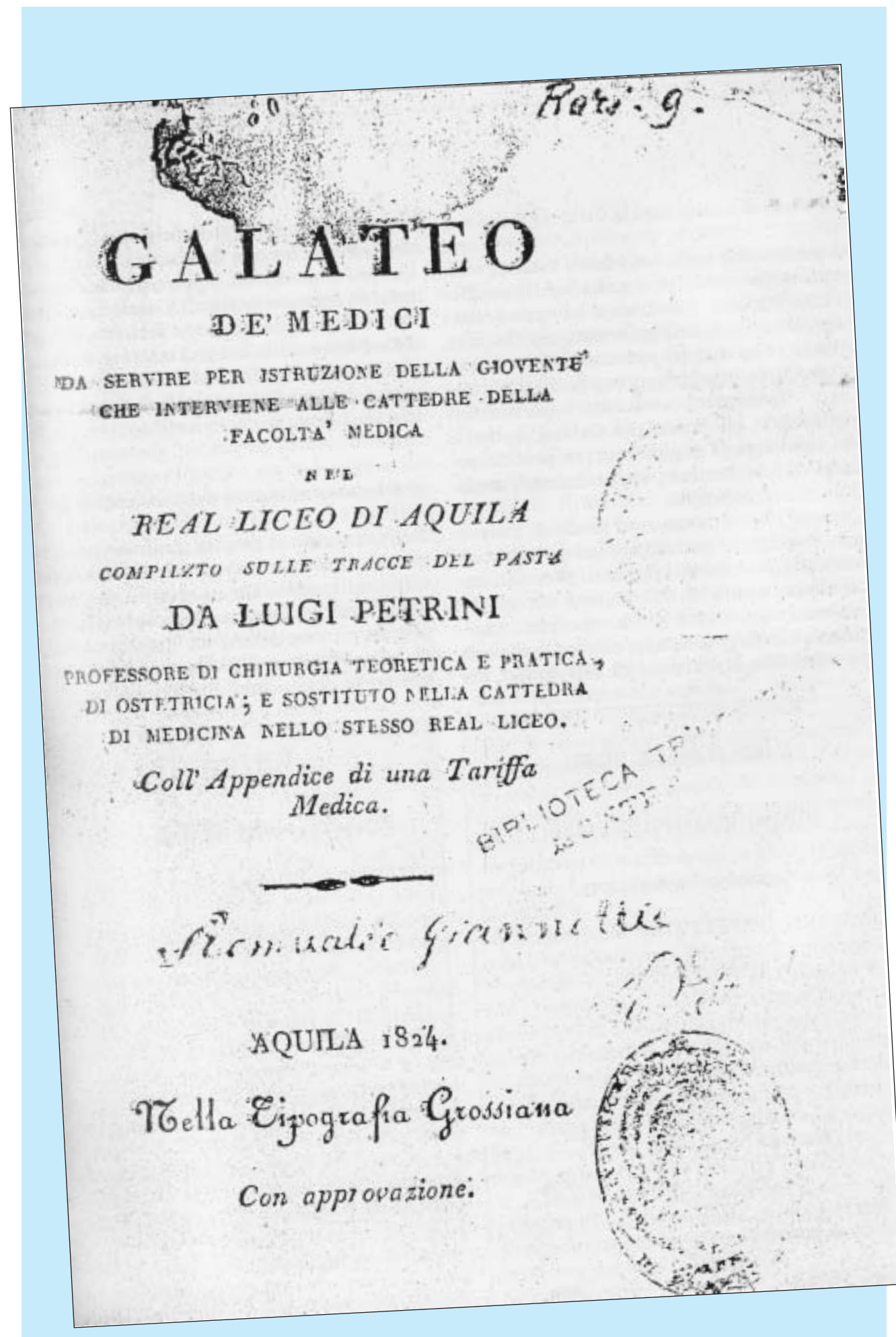
Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:

- di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento;
- di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;
- di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente;
- di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana, contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze;
- di prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza secondo scienza e coscienza e osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione;
- di affidare la mia reputazione esclusivamente alla mia capacità professionale e alle mie doti morali;
- di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il prestigio e la dignità della categoria;
- di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni;
- di curare tutti i miei pazienti con eguale scrupolo e impegno indipendentemente dai sentimenti che essi mi ispirano e prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica;
- di prestare assistenza d'urgenza a qualsiasi infermo che ne abbisogni e di mettermi, in caso di pubblica calamità, a disposizione dell'Autorità competente;

- di rispettare e facilitare in ogni caso il diritto del malato alla libera scelta del suo medico, tenuto conto che il rapporto tra medico e paziente è fondato sulla fiducia e in ogni caso sul reciproco rispetto;
- di astenermi dall' "accanimento" diagnostico e terapeutico;
- di osservare il segreto su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato.







OGGETTO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Art. 1  
Definizione

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

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

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

Art. 2  
Potestà disciplinare  
Sanzioni

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

Le sanzioni devono essere adeguate alla gravità degli atti.



**TITOLO II**  
**DOVERI GENERALI DEL MEDICO**

**CAPO I**

**INDIPENDENZA E DIGNITÀ DELLA PROFESSIONE**

**Art. 3**  
**Doveri del medico**

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

La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.

**Art. 4**  
**Libertà e indipendenza della professione**

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

**Art. 5**  
**Esercizio dell'attività professionale**

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

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

**Art. 6**  
**Limiti dell'attività professionale**

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

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

**CAPO II**

**PRESTAZIONI D'URGENZA**

**Art. 7**  
**Obbligo di intervento**

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

**Art. 8**  
**Calamità**

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

**CAPO III**

**OBBLIGHI PECULIARI DEL MEDICO**

**Art. 9**  
**Segreto professionale**

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



la tutela della riservatezza.

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

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

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

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

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

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

#### **Art. 10** **Documentazione e tutela dei dati**

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

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

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

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

#### **Art. 11** **Comunicazione e diffusione di dati**

Nella comunicazione di atti o di documenti relativi a singole per-

sone, anche se destinati a Enti o Autorità che svolgono attività sanitaria, il medico deve porre in essere ogni precauzione atta a garantire la tutela del segreto professionale.

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

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

### **CAPO IV**

#### **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI TERAPEUTICI**

##### **Art. 12** **Prescrizione e trattamento terapeutico**

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

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

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

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

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

In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente

in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili.

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

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

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

**Art. 13**  
**Pratiche non convenzionali**  
**Denuncia di abusivismo**

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

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

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

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

**Art. 14**  
**Accanimento diagnostico-terapeutico**

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

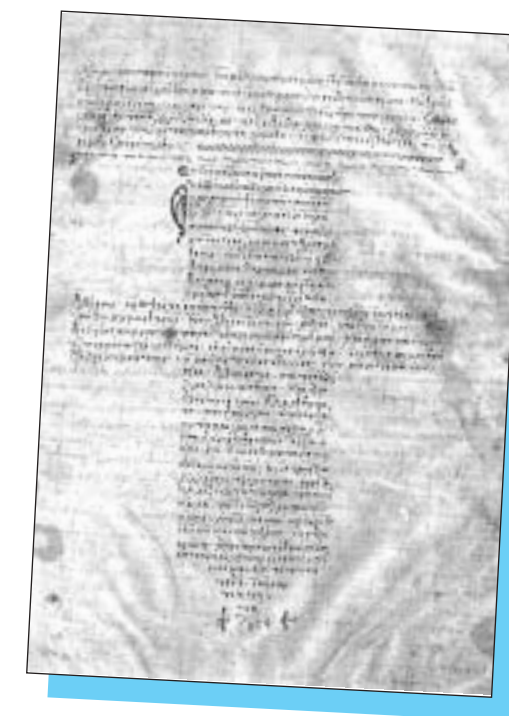
**Art. 15**  
**Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica**

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

**CAPO V**  
**OBBLIGHI PROFESSIONALI**

**Art. 16**  
**Aggiornamento e formazione professionale permanente**

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





RAPPORTI CON IL CITTADINO

CAPO I

REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO

Art. 17

**Rispetto dei diritti del cittadino**

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

Art. 18

**Competenza professionale**

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

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

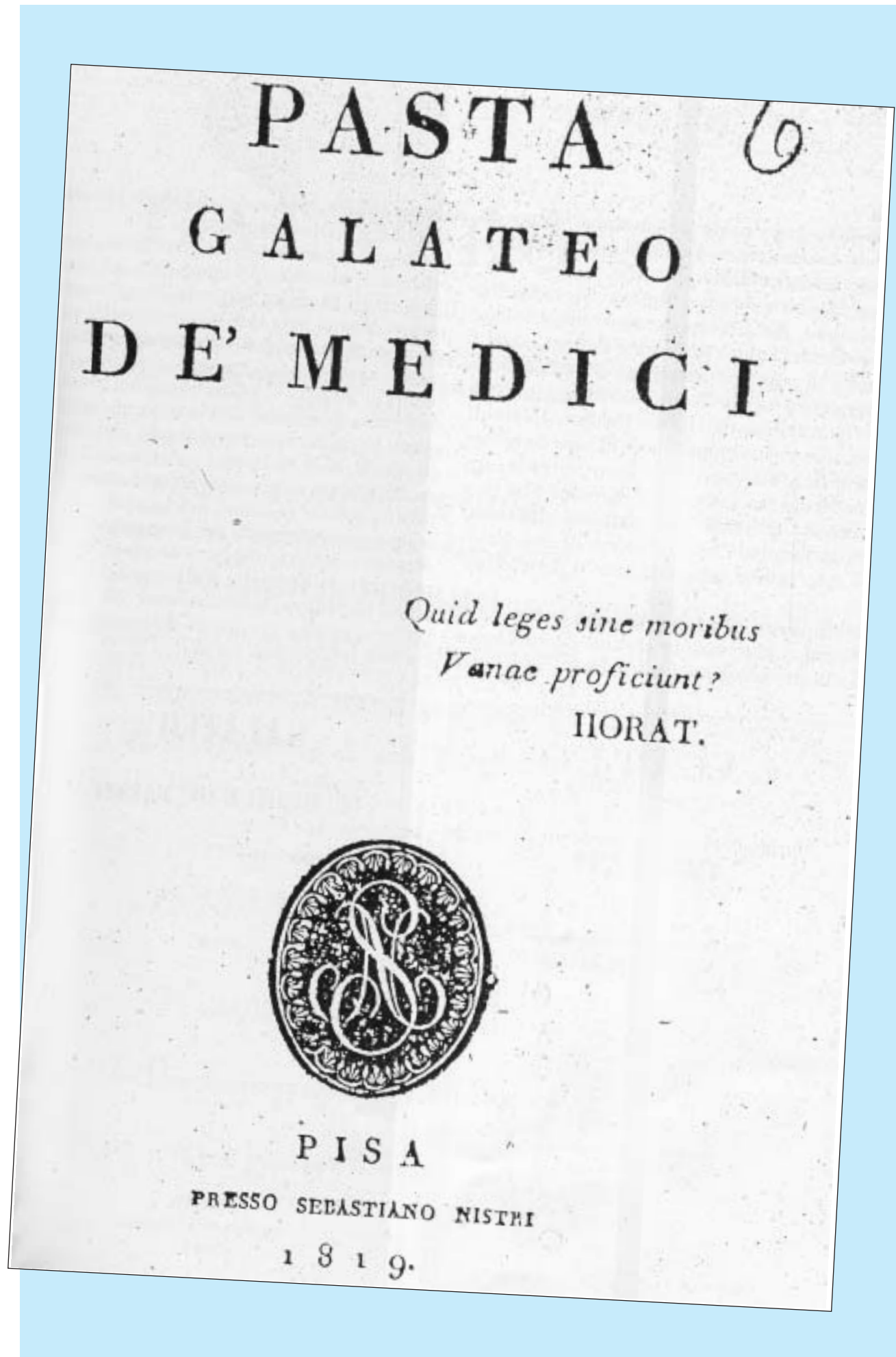
Nel rilasciare le prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative deve fornire, in termini comprensibili e documentati, tutte le idonee informazioni e verificarne, per quanto possibile, la corretta esecuzione.

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

Art. 19

**Rifiuto d'opera professionale**

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



**Art. 20  
Continuità delle cure**

Il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure.

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

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

**Art. 21  
Documentazione clinica**

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

**Art. 22  
Certificazione**

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

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

**Art. 23  
Cartella clinica**

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

**CAPO II**

**DOVERI DEL MEDICO E DIRITTI DEL CITTADINO**

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

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

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

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

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

**Art. 25  
Sfiducia del cittadino**

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

**Art. 26  
Soccorso d'urgenza**

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

**Art. 27  
Fornitura di medicinali**

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

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



**Art. 28  
Comparaggio**

Ogni forma di comparaggio è vietata.

**CAPO III**

**DOVERI DEL MEDICO VERSO I MINORI, GLI ANZIANI  
E I DISABILI**

**Art. 29  
Assistenza**

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

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

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

**CAPO IV**

**INFORMAZIONE E CONSENSO**

**Art. 30  
Informazione al cittadino**

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze

delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

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

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

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

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

**Art. 31  
Informazione a terzi**

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

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

**Art. 32  
Acquisizione del consenso**

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

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

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

In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti

atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona, ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo articolo 34.

**Art. 33**  
**Consenso del legale rappresentante**

Allorché si tratti di minore, interdetto o inabilitato il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale.

In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria.

**Art. 34**  
**Autonomia del cittadino**

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

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

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

**Art. 35**  
**Assistenza d'urgenza**

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

**CAPO V**  
**ASSISTENZA AI MALATI INGUARIBILI**

**Art. 36**  
**Eutanasia**

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

**Art. 37**  
**Assistenza al malato inguaribile**

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

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

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

**CAPO VI**  
**TRAPIANTI**

**Art. 38**  
**Prelievo di parti di cadavere**

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

**Art. 39**  
**Prelievo di organi e tessuti da persona vivente**

Il prelievo di organi e tessuti da persona vivente è consentito

solo se diretto a fini diagnostici, terapeutici o di ricerca scientifica e se non produttivo di menomazioni permanenti dell'integrità fisica o psichica del donatore, fatte salve le previsioni normative in materia.

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

## CAPO VII

### SESSUALITÀ E RIPRODUZIONE

#### Art. 40

#### **Informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione**

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

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

#### Art. 41

#### **Interruzione volontaria di gravidanza**

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

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

#### Art. 42

#### **Fecondazione assistita**

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

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

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

È proscriotta ogni pratica di fecondazione assistita ispirata a pregiudizi razziali; non è consentita alcuna selezione dei gameti ed è bandito ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali, nonché la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca.

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

## CAPO VIII

### SPERIMENTAZIONE

#### Art. 43

#### **Interventi sul genoma e sull'embrione umano**

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

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

#### Art. 44

#### **Test genetici predittivi**

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

Il medico non deve, in particolare, eseguire test genetici predittivi



tivi a fini assicurativi od occupazionali se non a seguito di espressa e consapevole manifestazione di volontà da parte del cittadino interessato.

**Art. 45**  
**Sperimentazione scientifica**

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

**Art. 46**  
**Ricerca biomedica e sperimentazione sull'Uomo**

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

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

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

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

**Art. 47**  
**Sperimentazione clinica**

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

In ogni caso di studio clinico, il malato non potrà essere delibe-

ratamente privato dei consolidati mezzi diagnostici e terapeutici indispensabili al mantenimento e/o al ripristino dello stato di salute.

**Art. 48**  
**Sperimentazione sull'animale**

La sperimentazione sull'animale deve essere improntata a esigenze e a finalità scientifiche non altrimenti conseguibili, a una fondata aspettativa di progresso della scienza medica e deve essere condotta con metodi e mezzi idonei a evitare ogni sofferenza, dopo aver ricevuto il preventivo assenso da parte di un comitato etico.

**CAPO IX**

**TRATTAMENTO MEDICO E LIBERTÀ PERSONALE**

**Art. 49**  
**Obblighi del medico**

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

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

**Art. 50**  
**Tortura e trattamenti disumani**

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

È vietato al medico di praticare qualsiasi forma di mutilazione sessuale femminile.

**Art. 51**  
**Rifiuto consapevole di nutrirsi**

Quando una persona, sana di mente, rifiuta volontariamente e

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

## **CAPO X**

### **ONORARI PROFESSIONALI**

#### **Art. 52**

##### **Onorari professionali**

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

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

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

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

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

## **CAPO XI**

### **PUBBLICITÀ IN MATERIA SANITARIA E INFORMAZIONE AL PUBBLICO**

#### **Art. 53**

##### **Pubblicità in materia sanitaria**

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

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

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

#### **Art. 54**

##### **Informazione sanitaria**

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

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

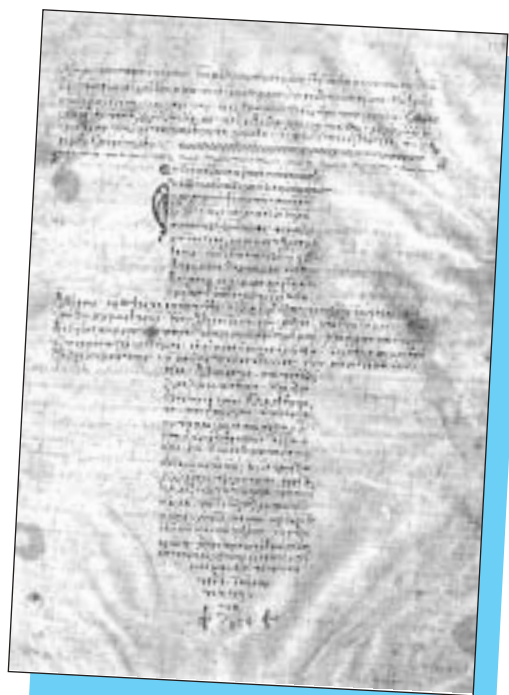
Il medico che partecipi a iniziative di educazione alla salute, su temi corrispondenti alle sue conoscenze e competenze, deve garantire, indipendentemente dal mezzo impiegato, informazioni scientificamente rigorose, obbiettive, prudenti (che non producano timori infondati, spinte consumistiche o illusorie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

**Art. 55  
Scoperte scientifiche**

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

**Art. 56  
Divieto di patrocinio**

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



**TITOLO IV  
RAPPORTI CON I COLLEGHI**

**CAPO I  
SOLIDARIETÀ TRA MEDICI**

**Art. 57  
Rispetto reciproco**

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

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

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

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

**Art. 58  
Rapporti con il medico curante**

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

**CAPO II  
CONSULENZA E CONSULTO**

**Art. 59  
Consulenza e consulto**

Il medico curante deve proporre il consulto con altro collega o la consulenza presso idonee strutture di specifica qualificazione,



ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso, qualora la complessità del caso clinico o l'interesse del malato esigano il ricorso a specifiche competenze specialistiche diagnostiche e/o terapeutiche.

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

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

#### **Art. 60** **Divergenza tra curante e consulente**

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

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

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

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

### **CAPO III** **ALTRI RAPPORTI TRA MEDICI**

#### **Art. 61** **Supplenza**

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

#### **Art. 62** **Medico curante e ospedaliero**

Tra medico curante e medici operanti nelle strutture pubbliche e

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

#### **Art. 63** **Giudizio clinico** **Rispetto della professionalità**

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

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

### **CAPO IV** **MEDICINA LEGALE**

#### **Art. 64** **Compiti e funzioni medico-legali**

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

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

#### **Art. 65** **Visite fiscali**

Nell'esercizio delle funzioni di controllo, il medico:  
- deve far conoscere al soggetto sottoposto all'accertamento la propria qualifica e la propria funzione;

- non deve rendere palesi al soggetto le proprie valutazioni in merito alla diagnosi e alla terapia.

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

## CAPO V

### RAPPORTI CON L'ORDINE PROFESSIONALE

#### Art. 66 Doveri di collaborazione

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

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

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

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

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

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

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

## TITOLO V

### RAPPORTI CON I TERZI

#### CAPO I

#### SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

##### Art. 67

##### Modalità e forme di espletamento dell'attività professionale

Gli accordi, i contratti e le convenzioni diretti allo svolgimento di attività professionale in forma singola o associata, utilizzando strutture di società per la prestazione di servizi, devono essere approvati dagli Ordini, se conformi alle regole della deontologia professionale, che gli Ordini sono tenuti a far osservare in ottemperanza agli atti di indirizzo e coordinamento emanati dalla Federazione, sentito il Consiglio Nazionale della stessa, ivi compresa la notificazione dello statuto all'Ordine competente per territorio.

Il medico non deve partecipare a imprese industriali, commerciali o di altra natura che ne condizionino la dignità e l'indipendenza professionale.

L'attività professionale può essere svolta anche in forma associata con le modalità previste dall'atto di indirizzo della Federazione Nazionale.

Il medico nell'ambito di ogni forma partecipativa o associativa dell'esercizio della professione:

- è e resta responsabile dei propri atti e delle proprie prescrizioni;
- non deve subire condizionamenti della sua autonomia e indipendenza professionale;
- non può accettare limiti di tempo e di modo della propria attività, né forme di remunerazione in contrasto con le vigenti norme legislative e ordinistiche e lesive della dignità e della autonomia professionale.

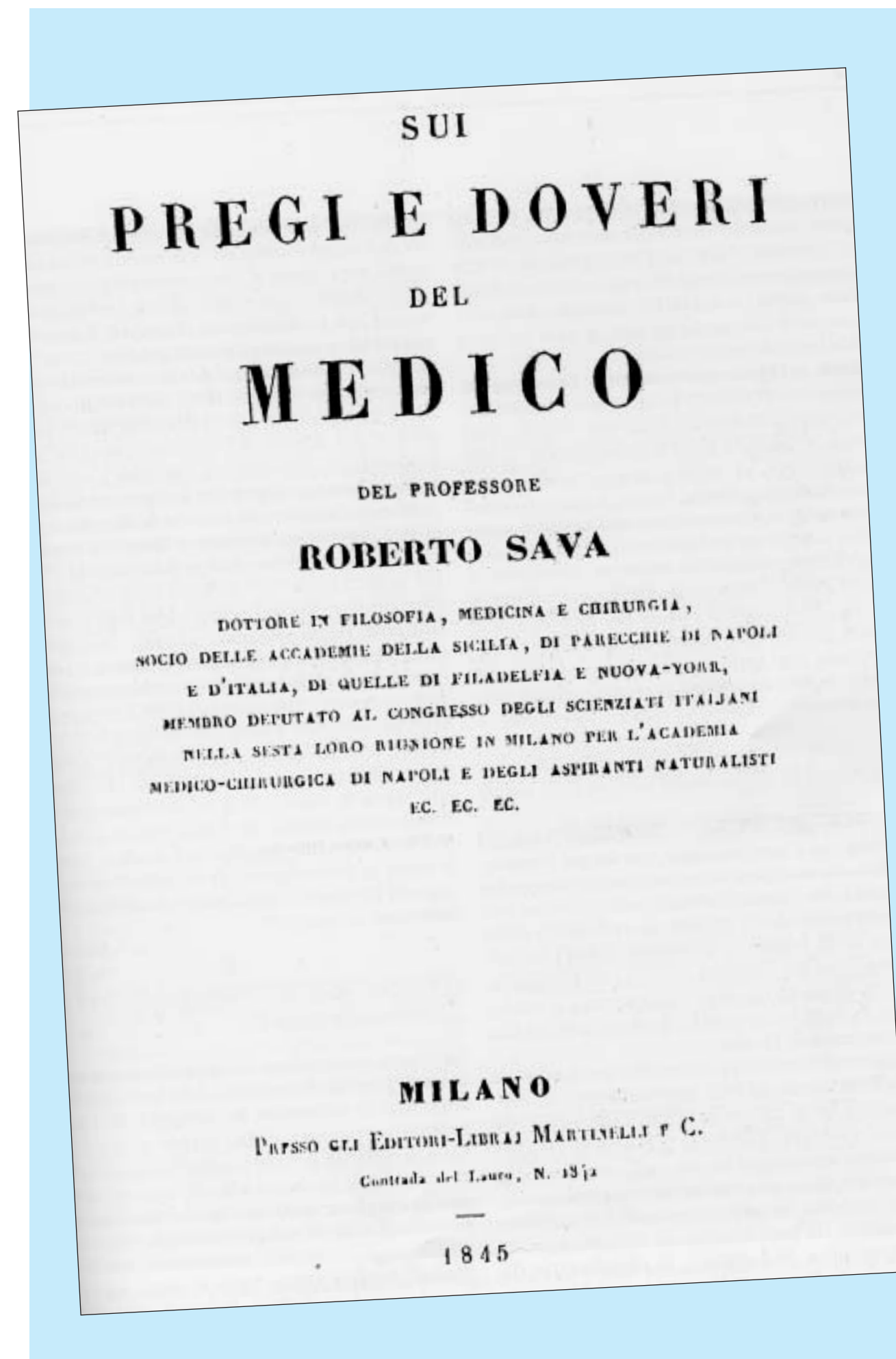
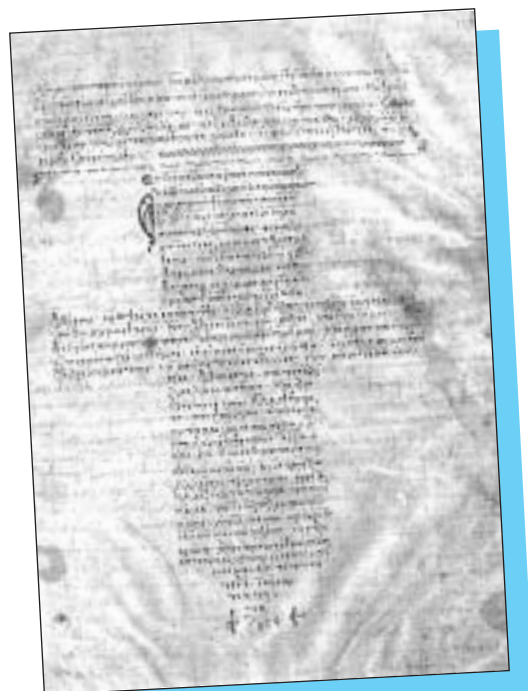
##### Art. 68

##### Rapporto con altre professioni sanitarie

Il medico non deve stabilire accordi diretti o indiretti con altre professioni sanitarie che svolgano attività o effettuino iniziative di

tipo industriale o commerciale inerenti l'esercizio professionale.

Nell'interesse del cittadino il medico deve intrattenere buoni rapporti di collaborazione con le altre professioni sanitarie rispettandone le competenze professionali.





**TITOLO VI**  
**RAPPORTI CON IL SERVIZIO SANITARIO**  
**NAZIONALE**  
**E CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI**

**CAPO I**

**OBBLIGHI DEONTOLOGICI DEL MEDICO**  
**A RAPPORTO DI IMPIEGO O CONVENZIONATO**

**Art. 69**

**Medico dipendente o convenzionato**

Il medico che presta la propria opera a rapporto d'impiego o di convenzione, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine anche in adempimento degli obblighi connessi al rapporto di impiego o convenzionale.

Il medico qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini.

In attesa della composizione della vertenza Egli deve assicurare il servizio, salvo i casi di grave violazione dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale.

**Art. 70**

**Direzione sanitaria**

Il medico che svolge funzioni di direzione o di dirigenza sanitaria nelle strutture pubbliche o private deve garantire, nell'espletamento della sua attività, il rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica e la difesa dell'autonomia e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera.

Egli ha il dovere di collaborare con l'Ordine professionale, competente per territorio, nei compiti di vigilanza sulla collegialità nei

rapporti con e tra medici per la correttezza delle prestazioni professionali nell'interesse dei cittadini.

Egli, altresì, deve vigilare sulla correttezza del materiale informativo attinente alla organizzazione e alle prestazioni erogate dalla struttura.

**Art. 71**

**Collegialità**

Nella salvaguardia delle attribuzioni, funzioni e competenze, i rapporti tra i medici dipendenti e/o convenzionati, operanti in strutture pubbliche o private devono ispirarsi ai principi del reciproco rispetto, di collegialità e di collaborazione.

**Art. 72**

**Eccesso di prestazioni**

Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni, nonché sul rispetto delle norme deontologiche.

Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato.

**Art. 73**

**Conflitto di interessi**

Il medico dipendente o convenzionato con le strutture pubbliche e private non può in alcun modo adottare comportamenti che possano favorire direttamente o indirettamente la propria attività libero-professionale.

**CAPO II**

**MEDICINA DELLO SPORT**

**Art. 74**

**Accertamento della idoneità fisica**

La valutazione della idoneità alla pratica degli sport deve essere ispirata a esclusivi criteri di tutela della salute e della integrità fisica e psichica del soggetto.

Il medico deve esprimere il relativo giudizio con obiettività e chiarezza, in base alle conoscenze scientifiche più recenti e previa adeguata informazione al soggetto sugli eventuali rischi che la specifica attività sportiva può comportare.

**Art. 75**  
**Idoneità**  
**Valutazione medica**

Il medico ha l'obbligo, in qualsiasi circostanza, di valutare se un soggetto può intraprendere o proseguire la preparazione atletica e la prestazione agonistica.

Il medico deve esigere che la sua valutazione sia accolta, in particolare negli sport che possano comportare danni all'integrità psico-fisica degli atleti, denunciandone il mancato accoglimento alle autorità competenti e all'Ordine professionale.

**Art. 76**  
**Doping**

Il medico non deve consigliare, prescrivere o somministrare trattamenti farmacologici o di altra natura diretti ad alterare le prestazioni di un atleta, in particolare qualora tali interventi agiscano direttamente o indirettamente modificando il naturale equilibrio psico-fisico del soggetto.

**CAPO III**

**TUTELA DELLA SALUTE COLLETTIVA**

**Art. 77**  
**Attività nell'interesse della collettività**

Il medico è tenuto a partecipare all'attività e ai programmi di tutela della salute nell'interesse della collettività.

**Art. 78**  
**Trattamento sanitario obbligatorio e denunce obbligatorie**

Il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in

tema di trattamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività la informativa alle autorità sanitarie e ad altre autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dalla legge, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato.

**Art. 79**  
**Prevenzione, assistenza e cura della dipendenza  
da sostanze da abuso**

L'impegno professionale del medico nella prevenzione, nella cura e nel recupero clinico e reinserimento sociale del dipendente da sostanze da abuso deve, nel rispetto dei diritti della persona e senza pregiudizi, concretizzarsi nell'aiuto tecnico e umano, sempre finalizzato al superamento della situazione di dipendenza, in collaborazione con le famiglie e le altre organizzazioni sanitarie e sociali pubbliche e private che si occupano di questo grave disagio.

## DISPOSIZIONE FINALE

Gli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri sono tenuti a inviare ai singoli iscritti all'Albo il Codice di Deontologia Medica e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento.

Il medico e l'odontoiatra devono prestare il giuramento professionale.

**Il presente Codice di Deontologia Medica è stato approvato all'unanimità da tutti i Presidenti degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri adunati in Consiglio Nazionale il 2 e 3 ottobre 1998 a Montecatini Terme**

