

LE NORME DELLA DEONTOLOGIA MEDICA:

RILEVANZA GIURIDICA ED AUTONOMIA DI DISCIPLINA

1. Appartiene alla comune percezione il diffondersi, negli ultimi anni, del fenomeno della proliferazione, nella organizzazione dei fenomeni sociali, dei codici deontologici e di autodisciplina, ossia di quel complesso di disposizioni di cui gli appartenenti ad una determinata categoria professionale si dotano, in via autonoma, al fine di disciplinare l'esercizio della propria attività, sia nei rapporti interni alla categoria, sia rispetto ai destinatari dell'attività medesima.

Tale processo espansivo di cd. autoregolamentazione sociale viene condivisibilmente, in dottrina (Quadri), posto in relazione alla scomparsa, in una società pluralista e pluriculturale come la nostra, di un'etica unanimemente condivisa e portatrice di valori tali da poter essere senz'altro assunti, in quanto uniformemente accettati, quale punto di riferimento dall'ordinamento giuridico statale ed ai quali dunque limitarsi a conferire (l'ordinamento stesso) la forza della giuridicità; sicchè la permanente esigenza di affermazione di valori etici, in un contesto di pluralismo etico, apre la strada della normazione deontologica, attraverso la quale gli stessi "gruppi sociali" diventano protagonisti attivi della regolamentazione della propria attività, alla luce di principi condivisi dagli appartenenti ad essi.

Si assiste a tale stregua, in ultima analisi, ad una vera e propria evoluzione dell'ordinamento giuridico, all'interno del quale perde monopolio e spazio la legge dello Stato, emblematica della norma per così dire imposta dall'alto, a favore di meccanismi di disciplina che incontrano la propria fonte di legittimazione nel fatto di essere – essi – il prodotto dell'autonomia dei gruppi o delle classi che li esprimono, della quale anzi diventano "la espressione più elevata" (Sandulli); limitandosi la legge di fonte statale a predisporre "le necessarie nervature istituzionali dei processi di autoregolazione sociale, allo scopo di

evitare che autonomia ed autoregolamentazione non si risolvano in sopraffazione ed ingiustizia” (Quadri), così stravolgendosi gli stessi equilibri delineati nella Costituzione. Insomma, in siffatto contesto, pur evidentemente esigendo il rispetto dei principi generali dell’ordinamento e degli stessi precetti costituzionali, che restano inderogabili per qualsiasi atto normativo, lo Stato “si rimette alla sensibilità della classe professionale e dei suoi organi per la selezione, la conservazione e l’osservanza delle regole di correttezza e di decoro professionale, astenendosi da ogni ingerenza, convinto che il più geloso custode del prestigio della classe abbia ad essere la classe stessa” (Sandulli).

Nel settore dell’attività sanitaria, può senz’altro affermarsi che l’elaborazione e la disponibilità di regole comportamentali che siano di costante presidio ed indirizzo all’esercizio corretto della professione, rappresenti una esigenza peculiarmente avvertita, per come è anche dimostrato dal fatto di potersi accreditare, la classe medica, al confronto con le altre cd. libere professioni – secondo quanto le viene generalmente riconosciuto – di una riflessione deontologica assai risalente (la più antica) e di elevata intensità: di cui rendono del resto testimonianza, da un lato, la primogenitura nella codificazione deontologica attraverso l’adozione dei precetti ippocratici, dall’altro la frequenza degli interventi di adeguamento e di aggiornamento delle disposizioni codicistiche, indotti dalle nuove istanze sociali oltre che dalle sopravvenienze in campo scientifico e tecnologico, e mirati a mantenere sempre l’esercizio della professione nel perimetro di valori etici condivisi.

2. E’ noto come costantemente, nella stessa giurisprudenza più autorevole, sia stato negato, sulla base della ritenuta discontinuità e della conseguente separazione tra norma etica e norma giuridica, il valore giuridico della disciplina deontologica, quest’ultima esprimendo “precetti extragiuridici” ovvero “norme interne alla categoria e non invece all’ordinamento generale” (Cass. Sez. Un. Civ., 17.1.1991, n.401 ; Cass., Sez. Un. Civ. 23.7.1993, n. 8239; Cons. Stato, Sez. IV, 17-2-1997).

La posizione già apparteneva agli orientamenti precedenti della Corte di Cassazione e veniva espressa in termini assai esplicativi e chiari – e proprio con riferimento alla deontologia medica – in una sentenza delle Sezioni Unite Civili del 1975 (n. 2104, del 24.5.1975), che rende perfettamente il pensiero – anche successivo – dei giudici di legittimità in materia e di cui vale, perciò, riproporre il passaggio più significativo: “Al pari di altri Ordini, quello delle professioni sanitarie è, per antica tradizione, titolare di poteri di autarchia e di autonomia, il cui esercizio realizza il principio dell’autogoverno della professione. E la manifestazione più elevata di questo è costituita dall’enunciazione e dalla conservazione delle regole di deontologia professionale, nonché, in un successivo e solo eventuale momento, dalla concreta applicazione delle regole stesse, secondo le forme e le garanzie della procedura disciplinare. L’ordinamento riserva, quindi, alla categoria professionale ed agli organi che ne sono espressione, poteri di autonomia in relazione alla individuazione delle regole di comportamento dei professionisti e poteri di cd. autocrinia in sede di applicazione delle regole stesse. Queste, però, non assurgono a norme dell’ordinamento generale, ma operano quali regole interne della particolare categoria professionale cui si riferiscono. Questa limitazione è coerente conseguenza di un più generale principio, condiviso dalla dottrina, secondo cui le fonti metagiuridiche non si trasformano, di regola, in fonti dell’ordinamento giuridico generale, in difetto di espressa previsione legislativa”.

Le proposizioni della Suprema Corte, pur di tanta autorevole perspicuità, non si sottraggono però a qualche riflessione critica.

In tal senso va anzitutto ribadito il rilievo già posto da tempo in dottrina, rispetto alla delimitazione all’interno dell’ordinamento professionale della valenza delle regole deontologiche, e fondato proprio sulla circostanza che, se il potere disciplinare è pur sempre di derivazione statale (è l’art. 3, 1° c.,lett. B, del D.L. 13.9.1946, n.233, a conferire all’Ordine dei medici la potestà di esercitare il potere disciplinare, laddove l’art. 38 del D.P.R. 5.4.1950, n.221, stabilisce le sanzioni disciplinari per le infrazioni alle norme

deontologiche), gli stessi doveri deontologici, alla cui osservanza sono funzionali le sanzioni disciplinari, dovrebbero anch'essi finire per acquistare rilevanza giuridica all'interno dello stesso ordinamento giuridico generale (Lega, Quadri, Comporti, Danovi).

Ma sembra anche da condividersi l'osservazione ulteriore (Quadri) secondo cui una ricostruzione come quella proposta dalla Suprema Corte risulti strettamente legata ad una concezione della norma deontologica medica per quale destinata, in una funzione essenzialmente organizzatoria, a realizzare finalità "interne" alla categoria interessata, assicurandone la coesione attraverso la salvaguardia del decoro professionale.

Ora, non può sfuggire come la più recente configurazione della codificazione deontologica ne manifesti viceversa l'univoco orientamento ad affiancare, alla catalogazione dei doveri (il cui rispetto garantisce e salvaguarda il prestigio della categoria), la indicazione dei comportamenti che il sanitario ha da osservare nei rapporti con i soggetti che beneficiano delle sue prestazioni per una migliore tutela degli stessi: per tale via, le norme della deontologia medica superano evidentemente la tradizionale connotazione corporativistica e si aprono decisamente all'attuazione di finalità di interesse pubblico, pertinenti alla protezione del bene – costituzionalmente rilevante – della salute del malato.

In questa diversa e più ampia prospettiva, sembra invero difficile negare il delinarsi di una rilevanza anche esterna, ossia per lo stesso ordinamento generale, della disciplina deontologica, per lo meno con riferimento alle norme che si contrassegnino per la loro destinazione a regolare la condotta del sanitario nei confronti del paziente, o i cui riflessi applicativi possano comunque investire la qualità della prestazione da rendere allo stesso.

A ben considerare una siffatta rilevanza giuridica anche esterna della tipologia di precetto in questione, è per implicito asseverata dalle stesse pronunce giudiziali in campo penale e civile, nel momento in cui esse impiegano come parametro di valutazione della colpa nei giudizi per responsabilità professionale, proprio le prescrizioni a contenuto cautelare (o anche cautelare) presenti nel codice di deontologia medica.

3. In particolare, nella sede penale, sulla scia della posizione della dottrina più autorevole (Antolisei, Mantovani, Fiandaca-Musco), si è più volte affermato che le regole deontologiche possano essere assunte e classificate nell'indice normativo delle cd. "discipline", rilevanti ai sensi e per gli effetti dell'art. 43, 3° alinea, C.P., la violazione delle quali dà luogo ad addebito di cd. colpa specifica. Se si considera che, per quanto si conviene comunemente, per "discipline" devono intendersi le disposizioni di natura cautelare o precauzionale, dettate in via preventiva, allo scopo –appunto- di prevenire eventi pregiudizievoli, ossia, in altri termini, quelle norme che indicano al soggetto agente il comportamento più adeguato da osservare al fine di evitare la lesione dell'interesse protetto che viene a rischio, bene si intende che nel novero delle "discipline" penalisticamente rilevanti possano rientrare quelle regole deontologiche che posseggano (per lo meno anche) la cennata connotazione cautelare o precauzionale.

Non sembra dubbio che di siffatte norme si riscontri la presenza nel codice di deontologia medica del 1998, ove si pensi, ad esempio, e fra gli altri, ai precetti dell'art. 7 (che stabilisce la doverosità degli interventi medici di urgenza), dell'art. 12 (che fissa la regola secondo cui le prescrizioni ed i trattamenti debbano essere ispirati "ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche" ed il dovere del medico di non far mancare mai al paziente "le sperimentate ed efficaci cure disponibili", dell'art. 19 (che impone il dovere di aggiornamento e formazione professionale permanente) o dell'art. 20 (ove è stabilito il principio della garanzia della continuità delle cure): si tratta chiaramente di disposizioni che - fondatamente nella stessa prospettiva della buona immagine professionale del medico - volgono in effetti (per lo meno anche) a descrivere i comportamenti più corretti e congrui che il sanitario deve assumere per la migliore tutela del bene della salute del paziente a lui affidato.

A tale stregua pare difficile negare l'attuale esistenza nel codice di deontologia medica di disposizioni che, per il contenuto del precetto che esprimono, siano destinate ad integrare l'ordinamento giuridico generale, sia pure attraverso il richiamo che questo ne opera.

Va aggiunto che il medesimo discorso potrebbe essere fatto anche con riguardo al diverso ambito della materia del consenso del paziente, la cui (articolata e puntuale) disciplina deontologica è stata oggetto di precipuo richiamo da parte della giurisprudenza ai fini della dimostrazione della vigenza nel nostro ordinamento del principio del consenso informato al trattamento medico (così Cass. pen., 13.5.1992, Massimo, e Cass. pen. 21.3.1997, Maioni: ove il riferimento, precedente alla ratifica della Convenzione di Oviedo del 4.4.1997 avvenuta con legge 28.3.2001, n.145, è all'art. 39 c.d.m. del 1989, che corrisponde, per materia, all'art. 32 c.d.m. del 1998).

Ma anche in ambito civilistico è dato verificare una proiezione all'interno dell'ordinamento generale della norma deontologica, e ciò con particolare riguardo alla individuazione, nei giudizi per colpa dei sanitari, dei criteri della diligenza e della correttezza professionale, quali parametri di valutazione della condotta medica doverosa ed esigibile.

La clausola della correttezza professionale, che è specifica espressione del principio generale di correttezza, fondante ex art. 1175 c.c. il sistema delle obbligazioni, trae senz'altro alimento dai precetti della deontologia, che impongono di agire secondo buona fede salvaguardando gli stessi interessi dell'altra parte del rapporto, sia pure nei limiti di un sacrificio ragionevole.

La stessa individuazione giudiziale della condotta diligente, intesa come impiego normalmente adeguato delle energie e dei mezzi utili al soddisfacimento dell'interesse del creditore e che è da valutarsi, ai sensi dell'art. 1176, 2° c., C.C., "con riguardo alla natura della attività esercitata", si giova in maniera decisiva delle regole comportamentali sancite nel codice di deontologia medica, le quali "costituiscono proprio l'espressione

dell'esperienza operativa, quale vissuta ed apprezzata dalla stessa categoria professionale” (Quadri).

Da quanto si è sin qui esposto, può ragionevolmente derivarsi che la tradizionale catalogazione giurisprudenziale delle norme della deontologia medica quali norme extragiuridiche, destinate ad operare solo all'interno dell'ordinamento professionale cui si riferiscono, debba pertenerne unicamente alle disposizioni indicative di doveri dettati in funzione organizzatoria della categoria, e diretti a garantirne (come più sopra già rilevato) la salvaguardia del decoro professionale. Ma al riguardo non può mancare di segnalarsi come in un successivo intervento (sentenza n. 8225 del 6.6.2002) ripreso assai recentemente, in adesione, dalla Cassazione penale (Sez. VI, sent. n. 36592 del 10.10.2005), le Sezioni Unite Civili della Cassazione siano pervenute a definire le norme deontologiche quali “vere e proprie norme giuridiche vincolanti nell'ambito dell'ordinamento di categoria”, le quali trovano fondamento nei principi dettati dalla legge professionale e nella previsione normativa (per legge dello Stato) del procedimento disciplinare in caso di violazione degli stessi (nella fattispecie si trattava del codice deontologico forense, ma la qualificazione risulta del tutto mutuabile nell'ambito della deontologia medica, che presenta le medesime connotazioni strutturali).

Per come si vede, la Suprema Corte, superando le posizioni del passato, ha ritenuto di riconoscere la natura giuridica delle norme deontologiche, attingendo una conclusione che risulta maggiormente condivisibile, e cioè:

- a) sia alla luce dell'inserimento delle (norme) medesime all'interno dell'ordinamento giuridico professionale, atteso che esse forniscono infungibile integrazione alla già citata previsione normativa dell'art. 38 del D.P.R. n. 221/1950, la quale si limita ad indicare, quali illeciti degli esercenti le professioni sanitarie, abusi o mancanze o fatti disdicevoli al decoro professionale, senza specificare i comportamenti vietati: in tal modo fissando solo delle clausole generali, il cui contenuto deve essere derivato

dalle norme dell'etica professionale, che compete all'autonomia dell'ordine professionale enunciare,

- b) sia in forza della consistenza giuridica delle stesse sanzioni disciplinari approntate, tra l'altro espressamente previste dalla normazione statale ed applicabili al termine di un procedimento per lo meno in parte giurisdizionale, e comunque assoggettato al controllo finale delle Sezioni Unite della Cassazione in sede di legittimità.

A tale complessiva stregua, sembra adeguato rilevare, in via conclusiva, che, anche a non seguire le posizioni di pur attenta dottrina secondo cui sarebbe da affermarsi “non solo la intrinseca giuridicità delle norme deontologiche, ma anche una loro giuridicità formale e sostanziale secondo l'ordinamento giuridico generale” (Lega), non possa tuttavia in definitiva negarsene la valenza giuridica (e non meramente pregiuridica e paragiuridica, come pure sostenuto), la quale trova giustificazione sicura, dapprima, nell'investitura normativa statale ricevuta dall'ordinamento professionale del potere di fissazione delle regole di condotta e della stessa potestà disciplinare; essendo di poi suggellata dalla sottolineata assunzione di rilevanza giuridica anche per l'ordinamento dello Stato da parte delle (norme) stesse.

Dovendosi peraltro aggiungere, a miglior chiarimento, come risulti meritevole di adesione l'ulteriore corollario specificativo posto in dottrina, e che trova alimento nella tradizione più autorevole della letteratura pubblicistica (Santi Romano, Giannini, Crisafulli, Paladini), secondo cui, in tutti i casi, la relazione tra l'ordinamento professionale e quello dello Stato non si risolve nella statizzazione della fonte normativa del primo (ordinamento particolare), venendo a definirsi piuttosto nel riconoscimento della sua efficacia all'interno dell'ordinamento generale; sicchè le disposizioni della deontologia, “lunghi dal potersi qualificare direttamente come fonti-atto dell'ordinamento statale, sono da questo trattate alla

stregua di fonti-fatto di ordinamenti esterni, ovvero come fatti produttivi di effetti giuridici rilevanti” (Comporti).

4. La conclusione appena attinta appare anche la più confacente all’indefettibile connotazione di autonomia che contrassegna l’ordinamento professionale e la relativa disciplina, salvaguardandone anche quegli aspetti di flessibilità e di prontezza adeguativa (per il vero sconosciuti alla, per lo meno tendenziale, fissità e staticità della norma giuridica generale), che sinora ne hanno consentito il confronto con ogni istanza nuova proveniente dal mondo sociale e dalla tecnologia o dalla scienza, e la rapida indicazione dei precetti comportamentali conseguenti, anche attraverso la variazione adeguatrice dei precedenti.

Si vuole qui ancora ribadire questo tratto fisiognomico, assolutamente caratterizzante, dell’autonomia della regolamentazione deontologica, che costituisce il “segreto” e l’essenza della sua forza e della sua vitalità.

Non può dimenticarsi, e deve essere sottolineato, che siffatta preziosa prerogativa ha permesso, in più circostanze ed in settori nevralgici, all’ordinamento deontologico, di misurarsi con tematiche solo in seguito, e solo in parte, affrontate dalla legge dello Stato, o ancora da questa non esplorate.

Basti pensare ai capitoli fondamentali del consenso informato del paziente al trattamento medico-chirurgico (su cui il codice di deontologia medica rimane, ancor oggi, la unica, articolata e compiuta, fonte di disciplina all’interno dell’ordinamento inteso in senso complessivo; essendosi anche già fatto carico di pronunciarsi sul tema, oggi attuale sul piano dei disegni legislativi, dei termini di rilevanza di volontà precedentemente manifestati dal malato), delle cd. pratiche mediche non convenzionali, della tutela della riservatezza dei dati personali del paziente; come anche ai temi delicati ed assolutamente urgenti del trattamento di fine vita, della procreazione medicalmente assistita e della stessa ricerca biomedica e sperimentazione sull’uomo.

Ma “autonomia” della deontologia medica può significare anche – e persino – possibilità di attingere soluzioni normative che si discostino dalle scelte valutative e dalle disposizioni dell’ordinamento giuridico generale, il che peraltro, lungi dal destare perplessità o sorpresa, costituisce la più naturale e diretta – si direbbe , fisiologica – implicazione della diversità dei valori, e quindi dei criteri di giudizio, che costituiscono lo specifico della deontologia professionale.

Quest’ultima, infatti, attiene ai principi di correttezza, riservatezza, informativa, disinteresse, decoro, cautela, nel cui ambito deve svolgersi l’esercizio dell’attività sanitaria, la cui individuazione, riservata alla valutazione degli organi esponenti della classe, siccome autorevolmente stabilito, non può essere sottoposta a sindacato giurisdizionale se non solo in quanto violi precetti costituzionali o inderogabili, o principi generali dell’ordinamento o incida su oggetti estranei alla deontologia (Cass., Sez. 3[^], 4.6.1999 n. 5452; Cons. Stato, Sez. IV[^], n. 122/1997).

E’ in una tale prospettiva che diventano comprensibili, e risultano giustificabili, divaricazioni di disciplina, o anche diversità di valutazione in sede di rispettivo giudizio, tra settore disciplinare ed ordinamento giuridico generale, di cui del resto, allo stato, si delinea qualche marcata manifestazione: ad esempio in tema di rilevanza del consenso del paziente, ove il codice deontologico medico pone la regola univoca della necessità della acquisizione, sancendo disciplinarmente il relativo comportamento omissivo del sanitario, laddove la più recente interpretazione della Corte di Cassazione sembra ritenere penalmente rilevante (all’interno della fattispecie della violenza privata) solo la condotta del medico che non si limiti ad intervenire in assenza di preventivo consenso del malato, ma che lo faccia in presenza di manifestato dissenso da parte dello stesso, imponendogli la sua prestazione; o nello stesso campo della rivelazione del segreto professionale, in cui l’illecito disciplinare si configura per il solo fatto della infrazione della regola della riservatezza ed indipendentemente dagli effetti della stessa, laddove l’ipotesi di reato di cui all’art. 622 c.p.

esige, per il suo stesso perfezionarsi, che dalla rivelazione possa derivare nocumento al soggetto assistito.

Si può, a completamento del discorso, fare cenno di una ulteriore implicazione della autonomia normativa e di giudizio in ambito disciplinare, riferibile ai rapporti tra giudizio penale e giudizio disciplinare, anche per segnalare un recentissimo intervento in materia delle Sezioni Unite Civili che sembra comportare un ridimensionamento del criterio di autonomia tra i due giudizi.

In materia, caduta, con l'entrata in vigore del vigente codice di rito (del 1989), la cd. pregiudiziale penale (recata dall'art. 3 del codice di procedura penale del 1930) che prevedeva la sospensione del giudizio disciplinare in pendenza di procedimento penale, è stato introdotto il principio della piena autonomia dei giudizi, con la conseguenza dell'avvio o della prosecuzione del procedimento disciplinare anche quando, sui medesimi fatti, sia in corso un procedimento penale. È però poi intervenuta (con la legge n. 97/2001) la modifica normativa dell'art. 653 c.p.p. (che regola i rapporti – anche – tra giudicato penale e giudizio disciplinare), la quale ha ampliato, rispetto al precedente testo, l'efficacia del giudicato penale in sede disciplinare, prevedendola (oltre che per la sentenza di assoluzione perché il fatto non sussiste o perché l'imputato non l'ha commesso) anche per le sentenze assolutorie “perché il fatto non costituisce illecito penale”, e per le stesse sentenze di condanna (cui viene equiparata anche la sentenza irrevocabile di patteggiamento), la cui efficacia di giudicato vale quanto all'accertamento del fatto, alla illiceità penale dello stesso ed all'affermazione che l'imputato lo ha commesso.

In relazione a tale ultimo intervento normativo, ed in conseguenza dello stesso, le Sezioni Unite Civili della Corte di Cassazione (con sentenza 8.3.2006, n. 4893) si sono pronunciate nel senso che, se l'incolpazione disciplinare è riproduttiva degli stessi addebiti (“degli stessi fatti”) contestati in sede penale, si determini un effetto preclusivo necessariamente più ampio di quanto prima accadesse quanto alla possibile prosecuzione del procedimento

disciplinare. Esse scrivono che se ne impone la sospensione, “ a mente dell’art. 295 c.p.c., in quanto dalla definizione del procedimento penale può dipendere, ai sensi del citato art. 653 c.p.p., quella del procedimento disciplinare”.

Allo stato, pertanto, l’indicazione della Corte di Cassazione è nel senso che se l’addebito disciplinare riguarda gli stessi fatti che sono oggetto del processo penale, il procedimento disciplinare deve essere sospeso in attesa dell’esito del giudizio penale.

Di tale orientamento occorre evidentemente fare applicazione in sede disciplinare, pur restando in attesa del suo consolidamento, anche per le correlate riflessioni quanto agli effetti della sospensione in questione sulla prescrizione dell’illecito disciplinare.

5. Il tema del rapporto tra giudizio disciplinare e giudizio ordinario, appena tratteggiato, vale ad introdurre qualche conclusiva considerazione in ordine alla importante valenza del momento processuale nell’ambito della deontologia medica.

L’esercizio del potere disciplinare è anzitutto essenziale per la stessa effettiva definizione del perimetro operativo e dell’esatto significato precettivo della norma di condotta che si assume violata.

In tal senso si è scritto efficacemente e puntualmente, dal giudice amministrativo, che la regola deontologica si vivifica ed assume connotazioni concrete in occasione del procedimento disciplinare, non essendo sufficiente, perché essa “abbia esistenza reale ed effettiva, un mero catalogo di criteri deontologici astratti...”, sicché “è necessario stabilire a quali doveri di comportamento quei criteri, se applicati alla concreta realtà dell’esercizio professionale, diano luogo” (Cons. Stato, Sez. IV, n. 122/1997, già citata).

Si è osservato omologamente, in dottrina, che “la norma viene creata dall’ente professionale nello stesso momento in cui si applica” (Catelani), ed inoltre che sia in realtà la giurisprudenza disciplinare “la fonte essenziale della deontologia, poiché tutti i principi hanno trovato e trovano sostanzialmente una verifica di effettività nell’ambito di tale

giurisprudenza.... Invero, il precedente giudiziario non solo stabilisce la certezza (e cioè la legge) del caso concreto, ma costituisce anche, più in generale per tutti i casi simili e per le lacune esistenti, il vero e proprio diritto vivente....”. Sicchè la giurisprudenza è vero e proprio “fattore di deontologia” (Danovi).

Ma vi è un altro profilo di primario rilievo che merita attenzione – esso stesso dimostrativo della determinante rilevanza del cd. momento processuale della deontologia medica – il quale attiene alla indispensabilità della dimensione applicativa dei precetti, siccome individuati e descritti, ai fini di una loro effettiva e reale vigenza.

Occorre invero richiamare l’attenzione sul fatto che la potestà degli organi disciplinari debba effettivamente esercitarsi, una volta adottata la prescrizione, nel controllarne e pretenderne il rispetto, attraverso l’accertamento e la necessaria punizione dei comportamenti violativi, poiché è in tal modo che si garantisce linfa e vitalità alla norma deontologica.

Sarebbe invero – vale riconoscere – del tutto inutile e frustraneo approfondire energie ed impegno nella costruzione, il più calibrata ai tempi, delle regole comportamentali, e nel lorodiuturno aggiornamento, facendo mancare poi un pari e strenuo sforzo al fine di garantirne il rispetto. La elaborazione normativa risulterebbe esercizio vuoto ed apparente, meramente estetizzante, sulla cui dotazione di un reale retroterra di tensione morale si potrebbe persino giungere ad elevare dubbi.

Il principio è lo stesso per ogni produzione di leggi: non vale farne, o farne tante (sintomo preoccupante, se è vero che già Tacito ricordava ammonitore che “cives corrupti, plurimae leges”!), se poi non se ne cura l’applicazione.

Univoco indice di veri livelli di dignità e decoro di qualsiasi classe professionale rimane, infatti, più che la disponibilità di un apparato ampio di norme virtuose e progressive, la concreta ed effettiva applicazione di queste, che la vigile sorveglianza e l’intervento solerte di verifica e di punizione dell’organo deputato sono in grado di assicurare.

Altrimenti, davvero si rischia il delinarsi dell'immagine, beffarda e fraudolenta, della “parete imbiancata, ma fradicia dentro” di Niccolò Tommaseo, dietro la quale trovano numerosamente copertura e riparo i soggetti che sono meno inclini al rispetto dei valori fondanti della professione che pure esercitano.

Gianfranco Iadecola