

**PAOLO BENCIOLINI**

Professore di Medicina legale presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Padova dal 1971 al 2008, ha svolto docenza per lo stesso insegnamento anche presso la Facoltà di Medicina e chirurgia. Direttore del Master in Clinical Risk Management dell'Università di Padova (2005-2008). È stato membro del Comitato nazionale per la Bioetica e presidente del Comitato di Bioetica della Regione Veneto.

# La deontologia. Dai Galatei ai Codici deontologici

PAOLO BENCIOLINI

## ALCUNE PREMESSE

L'oggetto principale di questo contributo è chiaramente costituito dalla riflessione sui Codici deontologici, così come sono venuti a configurarsi nell'arco di ormai quasi 110 anni, un tempo che inizia dunque prima della costituzione degli Ordini dei Medici. Ma l'invito formulatomi dai responsabili della Federazione suggerisce di estendere a ritroso l'attenzione anche agli spunti di carattere deontologico contenuti in interessanti e peculiari scritti (riconducibili al termine di "Galatei") che hanno preceduto i Codici stessi. Questa opportunità di spaziare in una visione più ampia aiuta al tempo stesso a seguire l'evoluzione della deontologia nei diversi momenti storici e a poterne ricercare i principi costanti, senza escludere – a priori – la possibilità di riscontrare il riproporsi, a distanza anche di secoli, di preoccupazioni ed esigenze che potrebbero apparire esclusive dell'attuale vita professionale.

Sembra, inoltre, opportuno premettere alla trattazione del tema due precisazioni. La prima riguarda la necessaria distinzione tra Deontologia e Codici deontologici. Se è vero che un codice traduce in norme codificate le linee della riflessione deontologica, occorre evidenziare come non esista identità concettuale tra Deontologia professionale e Codice deontologico. Le norme del Codice, per quanto articolate ed estese, non possono esaurire le caratteristiche proprie della rifles-

sione deontologica. Come ben illustra l'articolo 2 del Codice oggi in vigore (2006) i comportamenti che vanno puniti con le sanzioni disciplinari di competenza dell'Ordine professionale non sono limitati a quelli fissati dal Codice di deontologia medica ma "qualunque azione od omissione comunque disdicevole al decoro o al corretto esercizio della professione". I Codici deontologici rimangono quindi espressione di una previsione formale di comportamenti professionali (di volta in volta da perseguire o da sanzionare) e questo spiega anche perché, a differenza della riflessione deontologica (che è propria del campo dottrinale e che evolve – a seconda dei contributi – secondo modalità proprie, ma sostanzialmente senza soluzioni di continuità), i Codici possono subire frequenti revisioni, espressione dell'avvertita esigenza di una loro maggiore aderenza alle vicende della concreta attività professionale. Intervengono, inoltre, fattori estrinseci quali l'evoluzione legislativa, i contributi della giurisprudenza (oggi, poi, particolarmente attenti alla dimensione deontologica) e l'insorgere e lo svilupparsi, negli ultimi cinquant'anni, della Bioetica: tutti fattori che hanno opportunamente stimolato, e stimolano tuttora, riflessioni deontologiche aggiornate che possono tradursi, ma in tempi e con modalità diverse, in termini di codificazione.

La seconda precisazione attiene, appunto, ai rapporti tra la Deontologia medica e, da un lato, le norme giuridiche, dall'altro i contributi della Bioetica. Ricordiamo come anche il *Giuramento professionale* che precede l'ultima versione del Codice (2006) abbia ribadito, confermandone interamente e coraggiosamente il principio, una scelta forse scarsamente considerata sia a livello dottrinale che nelle situazioni professionali concrete. Nel proclamare l'impegno di "prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza, secondo scienza e coscienza", il medico giura di osservare le norme deontologiche e quelle giuridiche ma, per queste ultime, solo quelle "che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione". Viene dunque riaffermato il primato della coscienza etica e, nel caso particolare, dei principi deontologici fondamentali che regolano e ispirano la professione medica. Questo non significa, ovviamente, ipotizzare un'abituale contrapposizione tra deontologia e norme giuridiche (il cui valore risulta spesso richiamato e confermato dalla codificazione deontologica), ma più semplicemente riconoscere la persistente attualità del concetto introdotto da Jeremy Bentham, che nell'usare per la prima volta il termine "deontologia", la definiva come "la parte delle nostre azioni alla quale il diritto positivo lascia il campo libero".

Per quanto poi riguarda i rapporti tra Deontologia e Bioetica, sembra ormai sostanzialmente superata, nell'ambiente medico ed ordinistico, una duplice, contrapposta, tentazione: da un lato quella di rifiutare i contributi della Bioetica perché espressione di scienze e pensatori estranei al mondo medico, dall'altro di fare coincidere l'ambito, la metodologia e le finalità della Bioetica con quelli pro-

pri della Deontologia. Come sarà più oltre richiamato, nel commentare le ultime edizioni del Codice deontologico, i contributi della riflessione bioetica animano oggi in misura altamente significativa la Deontologia delle diverse professioni sanitarie e risultano con evidenza nella formulazione dei rispettivi Codici deontologici. Condividiamo la considerazione espressa recentemente da Pagni: “Il Codice deontologico è un insieme di regole di Bioetica pratica”, pur ritenendo doveroso ricordare la distinzione (sul piano culturale, metodologico e istituzionale) tra la Deontologia professionale e la Bioetica. Quest’ultima, infatti, si basa su un confronto pluridisciplinare, che non rimane circoscritto all’ambito di una categoria professionale e nemmeno all’area delle professioni sanitarie e si propone di identificare, con riguardo alle grandi questioni etiche, ma anche alle concrete problematiche della clinica e della sperimentazione, il maggior livello possibile di etica condivisa.

### I “GALATEI”: “ANTENATI” DEI CODICI DEONTOLOGICI

Nelle sue approfondite analisi dei “Galatei medici”, Massimo Baldini afferma che “i Galatei dei medici e degli ammalati del Settecento e dell’Ottocento sono gli antenati più prossimi dei Codici di Deontologia Medica” ed osserva che “non tener conto della dimensione storica della deontologia medica equivale a fare del recentissimo Codice (nell’ultima versione il testo si riferisce al Codice del 2006, ndr) un testo lunare”. E aggiunge: “siffatti Galatei costituirono un tentativo di fondare il rapporto tra medici e pazienti sulla fiducia e sul reciproco rispetto, superando diffidenze e calunnie, lagnanze e accuse di impostura. I Galatei, nel loro piccolo, contribuirono alla diffusione della medicalizzazione e al superamento dell’analfabetismo sanitario; essi, inoltre, favorirono la creazione, intorno ai medici, di un diffuso consenso sociale”. Il modello etico offerto dai Galatei “condensava doti e qualità professionali universalmente valide”, l’immagine del medico veniva così a delinarsi: “un uomo colto, ma non presuntuoso, rispettoso, ma non servile, disponibile, ma non adulatore (...) con un comportamento non appariscente e saggiamente condotto”.

Il tema dei “Galatei medici” non costituisce propriamente oggetto del presente contributo – e del resto viene preso in considerazione anche nella parallela riflessione di Donatella Lippi dedicata al “giuramento medico” – ma fornisce un interessante spunto per interrogarsi sugli elementi comuni e differenziali fra i “Galatei” e i “Codici”.

La cospicua produzione letteraria di quel periodo storico, che può essere ricondotta alla tipologia dei “Galatei”, appare caratterizzata da diverse finalità e funzioni, tra loro, di volta in volta, diversamente gerarchizzate, che Baldini così richiama: a) *funzione apologetico-propagandistica*, giustificata dalla necessità di far

riconquistare credibilità al medico, figura circondata di diffidenze e sospetto, di ostilità e rifiuto, esaltandone meriti e sacrifici; b) *funzione di coscientizzazione della classe medica*, allo scopo di chiamare a raccolta i medici nella difesa unanime del valore dell'importanza della loro arte; c) *funzione polemica contro i ciarlatani* e i ciarlatanismo medico, vale a dire non solo nei confronti di “faccendieri pratici”, ma anche contro quei colleghi i cui atteggiamenti e le cui pratiche erano troppo prossime a quelle dei ciarlatani; d) *funzione polemica contro i detrattori*, fra i quali venivano annoverati non solo i “filosofi e poeti” ma anche gli ammalati e i loro familiari che li accusavano spesso di “calunniose imputazioni”; e) *funzione deontologica*, poichè negli anni a cavallo fra il Settecento e l'Ottocento – osserva sempre Baldini – gli studi medici subirono profonde modificazioni; “Nella nuova sintesi, l'abilità manuale al letto del malato, prima delegata ad una gerarchia di inferiori, assumeva nuova veste e importanza” e si rendeva dunque necessario, anche per l'ingresso nella professione medica di persone che non potendo attingere insegnamenti alla tradizione familiare necessitavano di un'attenta educazione sul piano etico e deontologico, precisare lo Statuto Deontologico della professione nella convinzione (Dechambre) che “la dignità dell'arte medica e i doveri del medico sono tra loro strettamente correlati”; f) *funzione metodologica*: gli autori dei Galatei medici si preoccuparono di ribadire consigli metodologici elementari, che vertevano sul modo di interrogare i malati, di raccogliere le loro storie cliniche, di prescrivere i farmaci; g) *funzione educativa degli utenti*: alcuni Galatei vennero espressamente indirizzati ai pazienti, al fine di ottenere la loro collaborazione, il loro consenso per indirizzare le loro scelte verso il “dotto filantropo medico” e non già verso “l'empirico impostore”; pur essendo rivolti ai pazienti, questi scritti avevano anche la finalità di richiamare i medici ad un comportamento corretto, perché – osserva Baldini – l'opinione degli estensori era che “il pubblico, educato adeguatamente, fuggirà ai medicastri e agli avventurieri della medicina, non sarà inosservante, coadiuverà il medico nel reperimento dei dati anamnestici, creerà, infine, quel consenso sociale di cui la professione medica aveva bisogno”.

Nella più recente rassegna curata da Massimo Baldini in collaborazione con Antonello Malavasi (*I galatei del medico e del paziente: da Ippocrate al codice deontologico*, 2008) vengono presentati cinque tra i Galatei più celebri dati alle stampe fra il 1791 e il 1853. Tra essi va ricordato il *Galateo dei medici* del dottor Giuseppe Pasta, laureato in medicina a Padova e divenuto poi medico ospedaliero a Bergamo, testo stampato a Bergamo nel 1791, a Padova nel 1821 e a Venezia nel 1829. Al Galateo di Pasta Introna ha dedicato una approfondita attenzione, facendone oggetto di un apposito editoriale sulla *Rivista Italiana di Medicina Legale* (1997) e richiamandolo poi ulteriormente in un successivo editoriale sulla

stessa rivista, dedicato a *I cento anni del Codice deontologico* (2005). Ritiene Introna che il *Galateo dei medici* di Giuseppe Pasta costituisca “un esempio di correttezza deontologica e di esperienza medica maturata con il quotidiano contatto con gli ammalati” e che “nel linguaggio fiorito di oltre 200 anni fa Pasta ha anticipato quelle che sono la deontologia e l’etica medica che ha sviluppato i principi ippocratici”.

Richiamando le considerazioni proposte nelle premesse, quest’ultima annotazione di Introna può essere condivisa nella misura in cui – come già è stato osservato da Baldini – i *Galatei* vengano intesi come *corpus* di riflessioni sul corretto comportamento professionale (tecnico, ma prima ancora etico) del singolo medico, senza tuttavia poter essere inquadrati nell’ambito di veri e propri “Codici”, almeno secondo il significato che attualmente si attribuisce loro.

Una diversa connotazione, che acquista in questa sede non solo interesse ma anche (singolare) attualità, caratterizza il volume intitolato *Saggio di un metodo per formare dei buoni medici* stampato nel 1808 a Padova, il cui autore, Leonardo Bordonì, medico veneto, si sofferma sull’esigenza di regolamentare il comportamento dei medici e definirne la responsabilità. Egli invoca l’intervento del legislatore nei confronti di professionisti che “non dovrebbero essere lasciati soli a se stessi”, perché il medico è “un uomo che in mezzo alla società esercita un potere senza limiti, che viene ciecamente obbedito e senza appellazione, che sovraneamente decide della felicità dello Stato in un ben regolato governo”, perché “di una facoltà così illimitata non potesse mai abusare o almeno non la potesse amministrare malamente”. L’intervento del legislatore dovrà “sottoporre la medicina, e quelli che la esercitano, ad una disciplina severa e giusta; combinare nelle sue leggi i progressi dell’arte, facilitando l’istruzione, e stabilendo la necessità del rendimento di conto, stabilendo la responsabilità dei medici o sottomettendoli alla vigilanza attiva di giudici dotti ed imparziali”, facendo così “finalmente gli interessi dei medici stessi, separandoli dalla massa dei ciarlatani e assicurando a questo ministro rispettabile la giusta considerazione che merita...”.

#### I PRIMI CODICI (ORDINISTICI) DI DEONTOLOGIA MEDICA

La storia del Codice Deontologico dei medici inizia nel 1903 con il *Codice di Etica e Deontologia* dell’Ordine dei Medici di Sassari, approvato dall’assemblea degli iscritti il 26 marzo 1903. Come ricorda Rossella Procino, i medici di Sassari erano allora riuniti in libera associazione, pertanto le norme che ebbero a darsi non assumevano una rilevanza pubblicistica. Infatti, solo nel 1910, con l’approvazione della Legge Istitutiva degli Ordini, gli Ordini assunsero la veste giuridica di Ente di diritto pubblico. L’iniziativa dei medici di Sassari assume dunque una valenza ancor più significativa, come espressione di un’esigenza che na-

sceva dall'esperienza professionale e richiedeva regole condivise di comportamento. Un'analogha iniziativa, seppur successiva alla Legge del 1910, venne assunta nel 1912 dall'Ordine dei Medici di Torino, sulla cui base venne successivamente elaborato, il *Codice deontologico unificato* del 1924. Ricorda Procino che "questo Codice è spesso citato quale punto di partenza del percorso deontologico medico in Italia". Sempre per iniziativa dell'Ordine dei Medici di Torino si procederà successivamente ad un'ulteriore unificazione di tutte le regole sparse, compilate senza collegamento tra loro, dei singoli Ordini dei Medici Italiani. Questo testo (datato Torino 31 dicembre 1947) verrà portato a conoscenza di tutti i medici italiani per iniziativa della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (da poco costituita sulla base del decreto n. 233/1946) mediante la sua pubblicazione su più numeri successivi del giornale "*Federazione Medica*" nel corso del 1948, ponendolo a base di un referendum in vista della redazione di un codice deontologico nazionale (Introna).

A queste iniziative ordinistiche, che caratterizzano la prima metà del secolo XX (ricordiamo che gli ordini professionali furono poi soppressi dal fascismo nel 1938), dedichiamo di seguito un sintetico richiamo.

Rispetto alla impostazione dei "Galatei", il Codice dell'Ordine di Sassari risulta assolutamente innovativo per almeno due motivi. Come esattamente osserva Introna (che al Codice di Sassari ha dedicato un ampio commento nel 2005), questo Codice si differenzia dalle precedenti pubblicazioni per il fatto di non costituire più l'espressione del pensiero di singoli medici, essendo riconosciuto tale dal gruppo professionale operante in quella sede. Aggiungiamo (si tratta forse di un aspetto implicito, ma che sembra opportuno enfatizzare) l'assoluta novità dell'elaborazione collegiale del testo, con precisa assunzione di autonoma e democratica responsabilità. In secondo luogo si tratta di uno strumento di autoregolamentazione della categoria professionale, che non solo propone modelli comportamentali, ma impone il rispetto delle regole. L'articolo 49 del Codice prevede, infatti, sanzioni disciplinari nei confronti degli iscritti, che vanno dall' ammonizione alla censura, alla sospensione, all'espulsione, sanzioni che si troveranno poi sostanzialmente invariate nella previsione della Legge Istitutiva degli Ordini.

Ricordiamo che il testo risultava diviso in tre capitoli: uno sui doveri e sui diritti dei sanitari verso il pubblico, uno sui doveri verso i colleghi e il terzo sui provvedimenti disciplinari. In merito, osserva Procino che tale tripartizione non considera "il paziente". Si tratta di un'opportuna precisazione che peraltro va ridimensionata – a parere di chi scrive – da un'analisi dei temi contenuti nel I capitolo che, pur non facendo riferimento al "paziente", prende in analitica considerazione i principali doveri nei confronti di quel "pubblico" nel quale rientrano

anche i “pazienti” (e gli altri potenziali destinatari dell’attività sanitaria). Infatti, i temi considerati nel I capitolo riguardano, in particolare, il segreto professionale, l’informazione nei casi con prognosi sfavorevole, il consenso.

Sono questi temi fondamentali, tutti attinenti alla relazione fiduciaria medico-paziente e che, nella loro formulazione e nella collocazione all’interno del Codice, dimostrano una sensibilità deontologica di particolare rilievo e tuttora di evidente attualità. Il tema del segreto professionale è collocato al primo posto nell’articolazione del Codice, in ossequio alla tradizione medica che ai tempi di Ippocrate attribuiva a tale dovere il fondamentale ruolo di garantire la fiducia del paziente. Il tema dell’informazione è, almeno apparentemente, circoscritto ai casi di malattie con prognosi sfavorevole: l’indicazione deontologica era circoscritta al dovere del medico di informare la famiglia, mentre nulla si diceva dell’eventuale necessità di informare il paziente (art. 3). Tuttavia, il successivo articolo 4 è formulato in termini che stupiscono per la loro modernità: “non intraprenderà alcun atto operatorio senza aver prima ottenuto il consenso dell’ammalato o delle persone dalle quali esso dipende, se è minore o civilmente incapace”. L’unica eccezione prevista dal Codice sassarese è quella del caso d’urgenza, per il quale esiste peraltro l’indicazione di condividere (se possibile) la responsabilità della scelta con un collega. Osserva Procino che, pur senza l’ampiezza di significato che ha assunto il principio del consenso oggi, l’Ordine di Sassari “sembra voler assumere una posizione di maggiore apertura rispetto alla elaborazione dello stesso principio che si affermava in seguito”.

Se dunque rileggiamo l’articolo 3 in tema di “informazione” alla luce della chiara affermazione del diritto del paziente ad esprimere il proprio consenso, si può ricavare (anche se in maniera implicita) l’indispensabile esigenza deontologica di garantire al paziente il diritto di esprimere il proprio consenso dopo avergli assicurato un’adeguata informazione.

Ai rapporti tra i colleghi viene dedicata, nel Codice di Sassari, un’ampia e dettagliata articolazione che comprende una serie di temi certamente non privi di attualità ancor oggi: il problema della “concorrenza sleale”, l’obbligo di evitare di lasciar trapelare opinioni discordanti rispetto ad altri colleghi, le norme relative ai rapporti fra colleghi nel campo delle consulenze (tema quest’ultimo che, secondo Introna, è successivamente andato incontro ad una progressiva perdita di importanza). Di qualche interesse può essere il richiamo alla definizione di medico specialista contenuta nell’articolo 31 che, oltre alla particolare competenza in una branca della medicina e della chirurgia, richiedeva la rinuncia ad esercitare in tutte le altre branche dell’arte medica. Interesse assume anche il contenuto dell’art. 43 che, a parere di Introna, sembra prospettare un’ipotesi simile al “confitto di interessi”.

Il *Codice di Etica e Deontologia* dell'ordine di Sassari comprende 50 articoli. Più breve risulta il testo del *Codice Deontologico unificato*, elaborato dall'Ordine di Torino, così come riportato nel *Trattato di Medicina Legale* di Romanese e Carrara (Utet 1937) che tiene conto "delle modificazioni derivanti dalla soppressione degli Ordini di Medici". La sua articolazione prevede i seguenti titoli: "Doveri sociali in genere", "Segreto professionale", "Certificati medici", "Doveri di classe", "Consulto medico", "Medici specialisti e medici di enti pubblici e privati", "Doveri verso gli altri sanitari", "Altri eventuali doveri", per complessivi 37 articoli. Il lettore non può non rilevare una sorta di arretramento rispetto al Codice sassarese. In particolare, manca uno specifico articolo in materia di consenso, così come non risulta esplicitamente affrontata la questione relativa alla comunicazione tra medico e paziente. L'impostazione generale del Codice è chiaramente dominata da una visione tipicamente "paternalistica", la cui espressione più esplicita è contenuta nell'articolo 7 che così si esprime "il medico deve prestare all'ammalato ogni sua attenta e assidua cura. Egli è perciò il solo giudice del numero delle visite da farsi all'ammalato e il suo giudizio dipende dall'entità della malattia, dalla sua acuzia o cronicità e dalle eventuali scusabili esigenze del malato e della sua famiglia". Colpisce, in particolare, questa aggettivazione rispetto alle possibili richieste del malato ("scusabili"). In considerazione di tali evenienze l'articolo prosegue "consegue da ciò che lo zelo eccessivo del curante, quando si manifesta con esuberante prestazione delle visite, è da riprovare". Al medico è poi chiesto (art. 3) di non dimenticare "che l'ammalato ha spesso bisogno della cura psichica come quella del corpo".

Procino rileva che in questo Codice sono rinvenibili esempi di allineamento della capacità decisionale del paziente a quella della famiglia in vari contesti: oltre al già richiamato articolo 7, vengono indicati, ad esempio, l'articolo 15 (relativo all'assistenza del malato una volta superata la fase d'urgenza) che fa riferimento alla designazione da parte "del malato stesso o della famiglia" e l'articolo 25, relativo a consulti medici nel quale è previsto che "il medico curante non può rifiutarsi al desiderio del malato o della famiglia di consultare altro medico".

La maggior parte degli articoli rimane dedicata ai rapporti tra i colleghi che sono oggetto di tre successive sezioni: quella relativa ai "Doveri di classe", quella concernente il "Consulto medico" e quella attinente il tema "Medici specialisti e medici di enti pubblici e privati". Sembra dunque chiaramente prevalere l'attenzione ai problemi interni alla categoria, minuziosamente esplicitata nelle più diverse situazioni operative.

Di indubbio interesse risulta la sezione dedicata ai "Doveri verso gli altri sanitari": l'articolo 35 stabilisce il dovere di "astenersi da qualunque atto che possa recare nocimento al decoro e agli interessi degli altri sanitari" (indicati come: "far-

macisti, levatrici”) e di “evitare di intromettersi comunque in atti di competenza delle altre professioni sanitarie”. Il successivo articolo 36 prende in considerazione i problemi deontologici di quello che è definibile come “comparaggio” in relazione ai rapporti fra medico e farmacista, fra medico e levatrice ed anche “fra medico e medico”.

Riteniamo di dover includere in questo paragrafo anche l’analisi del testo emanato dall’Ordine di Medici di Torino il 31 dicembre 1947, anche se successivo alla ricostituzione degli ordini (1946). Infatti, pur con le rilevanti innovazioni, non solo relative al numero degli articoli ma anche, e soprattutto, al loro contenuto, questo Codice ha in comune con i precedenti il fatto di essere elaborato all’interno di un singolo ordine provinciale.

Il Codice comprende 110 articoli distribuiti secondo una partizione che verrà sostanzialmente mantenuta in tutte le versioni successivamente elaborate a livello nazionale. Le richiamiamo di seguito: I) Doveri generali dei medici, II) Rapporti dei medici tra loro, III) Rapporti tra medico e cliente, IV) Della pubblicità, V) Rapporti dei medici con altre categorie di sanitari, VI) Rapporti dei medici con Enti Pubblici, VII) Rapporti dei medici con Enti Privati. Richiamiamo di seguito alcune delle indicazioni più significative sotto il profilo deontologico. Il Codice inizia collocando al primo posto tra i doveri generali del medico quello di “astenersi, anche all’infuori dell’esercizio della sua professione, da qualsiasi atto che possa portare discredito della professione stessa”, estendendo quindi le analoghe considerazioni che il Codice di Sassari aveva circoscritto al dovere del segreto. Su questo tema è interessante rilevare quanto prevede l’articolo 7: “Non s’intende violato il segreto quando, anche all’insaputa del malato, se ne faccia parte a scopo di consulto ad altro medico...”, inoltre (anticipando quanto sarà previsto solo a partire dal Codice del 1995) che la rivelazione del segreto possa essere permessa “quando essa è assolutamente necessaria per evitare un danno considerevole al cliente o ad altri e quando lo stesso fine non possa essere raggiunto per altra via” (art. 9). Anche questo Codice dedica ampio spazio (33 articoli) ai rapporti dei medici tra loro. Tale attenzione sembra indicativa di un’elevata conflittualità e dell’esigenza di regolamentare la casistica relativa.

La particolare attenzione al paziente trova qui un riscontro anche formale nel titolo relativo alla terza parte (“Rapporti tra medico e cliente”). Ritroviamo la formulazione del Codice sassarese relativa al preliminare dovere di ricevere il consenso dall’ammalato (art. 60) prima di “intraprendere alcun atto operativo”. Ritroviamo anche il riconoscimento della liceità deontologica di nascondere all’ammalato “un prognostico grave” o un “prognostico fatale”, ma in quest’ultimo caso subentra il dovere di comunicarlo alla famiglia. Tuttavia, il “malato” sembra assumere un ruolo di maggior importanza in quanto gli viene attribuita la possi-

bilità di “proibire la rivelazione o designare una persona alla quale essa debba essere comunicata”. Il valore della volontà del paziente appare anche da altre norme codificate come quella relativa ai casi di “aborto terapeutico” per i quali si prevede che “se l’ammalata, opportunamente prevenuta della gravità del suo caso, rifiuta l’intervento, il medico deve rispettare tale volontà liberamente espressa” (art. 62). D’altra parte, l’autonomia decisionale del medico viene riconosciuta laddove si afferma che “il malato e la sua famiglia non possono imporre al medico metodi di cure non accettati, né prestazioni speciali che egli ritenga non necessarie” (art. 53). Come già richiamato, il Codice dell’Ordine di Torino introduce per la prima volta un’apposita sezione dedicata ai “rapporti dei medici con altre categorie di sanitari”, anche se prevalgono i temi relativi a forme di collaborazione non corrette (compreso il “prestanomismo”). Tuttavia, va richiamato l’art. 82 che, pur nella sua formulazione in termini negativi, richiede che “il medico, nell’esercizio della sua professione, deve astenersi da qualunque atto che possa recare nocimento al decoro e agli interessi degli appartenenti ad altre categorie di sanitari e deve evitare di intromettersi comunque in atti di competenza delle altre professioni sanitarie rispettandone sempre la loro indipendenza”.

#### I CODICI (NAZIONALI) DI DEONTOLOGIA MEDICA DOPO LA RICOSTITUZIONE DEGLI ORDINI E LA ISTITUZIONE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE (FNOM)

Come è noto, gli Ordini professionali vennero soppressi dal fascismo nel 1935. La legge istitutiva degli Ordini dei Medici Chirurghi e della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici risale al Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato n. 233 del 13 settembre 1946. Come già ricordato, due anni dopo (1948) la Federazione porta a conoscenza di tutti i medici, attraverso la pubblicazione in più numeri di *Federazione Medica*, il Codice Deontologico dell’Ordine di Torino, in vista della redazione di un Codice Deontologico Nazionale. Nel 1953 la Federazione nomina una commissione per la redazione del Codice Deontologico nazionale presieduta da Cesare Frugoni. L’anno successivo la Fnom porta a conoscenza dei medici italiani, mediante l’integrale pubblicazione su *Federazione Medica*, il testo del *Codice di Deontologia Medica* noto a tutti come “Codice Frugoni”, che entra in vigore nel 1958.

Le successive versioni del Codice sono state approvate il 7 gennaio 1978, il 15 luglio 1989, il 24-25 giugno 1995, il 2-3 ottobre 1998 e, da ultimo, il 16 dicembre 2006. Nell’arco, quindi, di poco più di cinquant’anni si sono succedute sette edizioni caratterizzate da una progressiva abbreviazione dei tempi intermedi: 20 anni tra l’edizione del 1958 e quella del 1978, 11 per l’edizione del 1989, 6 per quella del 1995 e poco più di 3 per giungere al testo approvato nel 1998.

Un'inversione della precedente tendenza ha caratterizzato invece l'emanazione del Codice del 2006 (8 anni).

Accenniamo sinteticamente alle caratteristiche più evidenti delle diverse edizioni del Codice, richiamando anche le principali innovazioni legislative di volta in volta intervenute e in grado di influenzare o, addirittura, di provocare le rispettive modificazioni, nonché i temi che la riflessione bioetica veniva in quegli anni proponendo e che sono stati oggetto di considerazione da parte dei compilatori delle diverse edizioni.

### IL CODICE DEL 1958

Il Codice del 1958, prima versione – come detto – a livello nazionale, comprende 99 articoli e inizia con alcune affermazioni di carattere generale (qui intitolate “Fondamenti”, che nelle versioni successive corrispondono al “Giuramento”) e che, come tali, si propongono di sintetizzare i principi deontologici più rilevanti. Segue la distinzione tra “Doveri generali del medico”, “Rapporto fra medici”, “Rapporti fra medico e paziente”, “Deontologia e pubblicità”, “Rapporti dei medici con altre categorie di sanitari” ed infine “Rapporti dei medici con Enti Pubblici e Privati”. Il Codice, elaborato in un periodo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, si sofferma nel considerare i problemi della “Medicina Previdenziale ed Assicurativa”, della “Assistenza Mutualistica”, dei nuovi rapporti con Enti Pubblici e Privati, aspetti tutti che si affiancano alla tradizionale impostazione relativa all'attività libero-professionale.

In tema di “segreto professionale” ritroviamo la previsione della “trasmissione del segreto” che è “consentita verso enti od autorità secondo legali convenzioni o nell'interesse del malato”. Non ritroviamo, invece, la previsione di una deroga all'obbligo del segreto in caso di pericolo per la salute di terzi: l'art. 10 circoscrive, infatti, l'impegno del medico, in caso di malattia trasmissibile, a “disporre i provvedimenti profilattici necessari per evitare il contagio” con la raccomandazione di “stimolare il senso di responsabilità del malato”. Anche questa edizione del Codice dedica particolare ampiezza di trattazione al tema del “Rapporti tra medici” (27 articoli). Più sviluppato che in passato è il tema del “Rapporti fra medico e paziente” (25 articoli), anche se una parte di essi riguarda in realtà i temi del consulto, o comunque della collaborazione con altri medici.

Per quanto più specificamente riguarda i rapporti con il paziente, ritroviamo sostanzialmente invariata l'impostazione del Codice torinese, rispetto alla quale segnaliamo le seguenti novità. L'articolo 47 recita “dal momento nel quale il medico assume la cura di un infermo, suo scopo essenziale deve essere la conservazione della vita: neppure l'azione diretta al sollievo della sofferenza può contrastare a tale principio”. È solo da osservare che tale affermazione sembra contra-

stare con la liceità etica (all'epoca già pienamente riconosciuta) del cosiddetto "principio del duplice effetto". Nell'ambito dell'articolo 49 si afferma che "qualora Enti Pubblici o Privati impongano restrizioni nei mezzi diagnostici o terapeutici che il medico ritenga, nel caso particolare, indispensabili, deve darne immediata comunicazione al Consiglio dell'Ordine": una prospettiva di chiamata in causa dell'Ordine che potrebbe essere opportunamente richiamata anche oggi. L'articolo 68 fa riferimento alla "dicotomia" relativa ai rapporti fra medico curante e consulente specialista e ai rapporti con istituti, laboratori diagnostici e terapeutici, dichiarandone il divieto. È solo il caso di accennare (ma la precisazione sembra importante) la conferma delle indicazioni contenute nei precedenti Codici sia in tema di informazione e comunicazione di prognosi di particolare gravità, sia in tema di consenso. Su quest'ultimo aspetto l'art. 55 aggiunge "in caso di mancato consenso, se l'intervento è ritenuto indispensabile, egli chiederà possibilmente un consulto; comunque dichiarazione scritta che comprovi il rifiuto".

L'apposita sezione dedicata al tema della "Deontologia e pubblicità" evidenzia la crescente attenzione ai temi della pubblicità sanitaria.

In ordine ai rapporti dei medici con altre categorie di sanitari, l'articolo 73 precisa "il medico nell'esercizio della sua professione deve attenersi al principio del reciproco rispetto con le altre categorie sanitarie...", con un'opportuna inversione in termini positivi delle indicazioni del Codice torinese.

#### IL CODICE DEL 1978

Il 1978 è l'anno di importanti interventi legislativi in campo sanitario: la riforma psichiatrica, comprendente anche i trattamenti sanitari obbligatori (Legge 180), le norme sulla tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza (Legge 194) e, nel dicembre, la riforma sanitaria con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale. La nuova versione del *Codice di Deontologia Medica* viene approvata dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici il 7 gennaio 1978, prima cioè di tali importanti innovazioni legislative e, tuttavia, la sua lettura consente di cogliere l'emergere dei temi che verranno successivamente normati dal legislatore. Il Codice è composto da 100 articoli ed è preceduto dal Giuramento.

In tema di consenso del paziente agli atti sanitari, nel ribadire l'impostazione del precedente Codice (art. 55), il testo dell'articolo 39 appare lievemente modificato nell'ipotesi di rifiuto, per la quale si prevede "il rilascio di una dichiarazione liberatoria da parte dell'interessato o dei suoi familiari". Il tema del consenso è esteso alla sperimentazione, nel qual caso (art. 43) si precisa che "la sperimentazione sull'uomo è sempre subordinata al consenso dell'avente diritto. Il consen-

so deve essere espresso liberamente e possibilmente per iscritto, con piena consapevolezza e dopo che il soggetto sia stato informato dal medico, sulla natura, sulle finalità della sperimentazione e sui rischi ad essa inerenti”. Di particolare rilievo risulta l’inciso, in tema sempre di sperimentazione sull’uomo, con il quale si afferma che la stessa “deve essere ispirata ad un alto senso di responsabilità da parte del medico e si deve svolgere nel rispetto assoluto dei diritti della persona”. Il tema del consenso è ripreso anche dall’articolo 52, relativo al rifiuto di un prigioniero di nutrirsi e nel quale si precisa “il medico, il quale giudichi che egli è in condizione di rendersi coscientemente conto delle conseguenze del proprio rifiuto, non deve assumere l’iniziativa, né partecipare a manovre coattive di nutrizione artificiale”. L’importanza della valutazione in ordine alla “capacità del prigioniero di rendersi coscientemente conto delle conseguenze del rifiuto di nutrirsi” viene evidenziata dal dovere di rivolgersi, per la conferma, ad un secondo medico.

In tema di informazione al paziente rimane la possibilità di tenere nascosta al malato una “prognosi grave o infausta” con il contestuale impegno di rivelarla alla famiglia, ma viene anche confermata l’indicazione del precedente codice (che, come detto, appare in qualche modo contraddittoria) per la quale “in ogni caso, la volontà del paziente, liberamente espressa, deve rappresentare per il medico un elemento al quale egli ispirerà il suo comportamento”.

In evidente (ed esplicita) relazione con la previsione del riconoscimento giuridico dell’interruzione volontaria della gravidanza (già prospettata da una fondamentale sentenza della Corte Costituzionale del 1975) viene introdotta nel Codice Deontologico una norma relativa a quella che oggi viene chiamata “clausola di coscienza”: l’articolo 28 così si esprime “qualora al medico vengano richiesti interventi che contrastino con il suo convincimento clinico o che discordino con la sua coscienza, come nel caso di sterilizzazione, aborto o interventi di plastica, egli può rifiutare la propria opera pur nel rispetto della volontà del paziente”. Significativa appare la collocazione dei “rapporti con il paziente” prima di quella che riguarda i “rapporti con i colleghi”, con un’importante inversione rispetto all’impostazione tradizionale precedente.

Nella previsione dell’istituzione del Servizio sanitario nazionale viene accentuata l’attenzione su aspetti professionali connessi con la tutela sociale della malattia.

### IL CODICE DEL 1989

A distanza di 11 anni del precedente, il Codice del 1989 contiene numerose innovazioni che risentono da un lato delle problematiche connesse alle già richiamate importanti riforme in ambito sanitario e dall’altro dell’avvio della riflessione bioetica. In un’appassionata presentazione delle nuove prospettive di codifi-

cazione, Mauro Barni (*Il Medico d'Italia*, 27 gennaio 1989) denuncia “la crescente insufficienza delle vecchie norme deontologiche a fornire risposte adeguate a nuovi problemi, specie a quelli imposti allo scienziato, al medico, nel trovarsi ormai sulla soglia dei grandi misteri della vita, della morte e del dolore” ed afferma l’esigenza di “realizzare una nuova alleanza fra medicina e società, cui più non basta la garanzia ippocratica, cui occorre invece un linguaggio piano e sereno, fortemente ancorato alla norma giuridica...”. Giustamente Barni richiama l’importanza non solo dei problemi “di frontiera come quello dell’accanimento terapeutico, della capillare informazione del paziente” ma evidenzia come “le nuove norme si distinguono per una ben diversa impostazione metodologica e concettuale che sposta il discorso sui doveri della matrice tecnico-solidaristica a quella del rapporto aprioristicamente rispettoso dei diritti della persona cui non son seconde la libertà e la dignità alla salvaguardia stessa della salute”. Come si vede, cominciano ad essere richiamati in maniera più esplicita gli stessi principi fondamentali della Costituzione, con riferimento da un lato ai “diritti inviolabili dell’uomo” e dall’altro, più specificamente, alla tutela della salute come “diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività”.

Il Codice (composto da 107 articoli) dopo le disposizioni generali e i “Compiti e doveri generali del medico” conferma la collocazione del tema relativo ai “Rapporti con il paziente” al titolo III.

Viene per la prima volta introdotto il riferimento al “cosiddetto accanimento diagnostico-terapeutico” (art. 20). Viene mantenuto (art. 27) il diritto al rifiuto della propria opera “qualora venga richiesto di interventi sanitari che contrastino con la sua coscienza” con l’ulteriore ipotesi che tale contrasto riguardi “il suo convincimento clinico” e con l’esclusione dei casi nei quali l’opera “sia immediatamente necessaria per salvare la vita del paziente”. Come si vede, si tratta di una norma più ampia rispetto alla precedente e che non contiene alcun riferimento a situazioni specifiche (nel precedente Codice identificate, sia pure a titolo esemplificativo, con la sterilizzazione, l’aborto o gli interventi di plastica). Un apposito “capo” è dedicato all’assistenza ai bambini, agli anziani e agli handicappati, con l’impegno a tutelarli qualora l’ambiente (familiare e non) “non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute”.

Particolare rilievo assumono le norme relative all’informazione e al consenso che assumono una configurazione tuttora sostanzialmente ripresa nella codificazione deontologica. È solo il caso di rilevare l’importanza della distinzione fra questi due momenti, le accurate indicazioni in ordine alle modalità di informazione del paziente e il valore determinante della volontà dello stesso nell’accogliere o rifiutare le proposte del medico. Va in proposito richiamata la tassativa indicazione dell’art. 40: “in ogni caso, in presenza di esplicito rifiuto del paziente capace di

intendere e 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”. In tema di informazione, precisa che “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”, modificando (sia pure parzialmente) l’impostazione dei precedenti Codici. Va poi richiamato l’articolo 44 che si riferisce ai casi di “malattia e prognosi sicuramente infausta e pervenuta alla fase terminale”. In tali situazioni “il medico, nel rispetto della volontà del paziente, potrà limitare la sua opera all’assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutile sofferenza, fornendogli trattamenti appropriati e conservando, per quanto possibile, la qualità di una vita che si spegne”.

L’avvio dell’esperienza dei trapianti, regolata normativamente da una legge del 1975, trova precisi riferimenti deontologici nello stesso articolo 44 (che tratta anche del sostegno vitale) e nell’articolo 45 (che richiama la normativa relativa all’accertamento della morte).

In riferimento alle norme introdotte dalla Legge 194/78, viene riconosciuta la liceità per il medico di intervenire nell’interruzione volontaria della gravidanza e la sua facoltà di esprimere l’obiezione di coscienza nei termini (e con i limiti) previsti dalla legge stessa. Anche in relazione ai contributi della riflessione bioetica, compare nella normativa deontologica il primo riferimento alla “fecondazione artificiale in vitro” (art. 47). Le nuove norme relative alla “buona pratica clinica” e alla sperimentazione trovano risonanza nell’articolo 52 che richiama anche le garanzie offerte da “apposite commissioni etico-scientifiche”.

Nell’ambito del titolo IV relativo al “Rapporti con i colleghi” per la prima volta vengono introdotte norme deontologiche concernenti i “compiti e funzioni medico-legali”. Il consolidarsi del Servizio sanitario nazionale giustifica l’introduzione di un apposito titolo (VI) che contiene distinte indicazioni relative al medico a rapporto d’impiego e a quello a rapporto di convenzione. Gli ultimi articoli del Codice considerano, anche in questo caso per la prima volta, i temi della tossicodipendenza e della medicina dello sport.

#### IL CODICE DEL 1995

Il *Codice di Deontologia Medica* del 1995 è composto da 92 articoli e conserva la struttura distinta in sei titoli. Le più rilevanti innovazioni rispetto al testo precedente riguardano i temi del consenso, dell’informazione, della fecondazione assistita, delle pratiche alternative, ma soprattutto il tema del segreto professionale.

Iniziando da quest’ultimo, va rilevato come l’edizione 1995 ha segnato una radicale innovazione nei principi deontologici relativi al dovere di mantenere il se-

greto professionale. Viene, infatti, riconosciuta la legittimità di una scelta da parte del medico di decidere, nel caso concreto, a favore della rivelazione del segreto “allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di terzi”. Si è trattato di una precisa e coraggiosa opzione a favore del primato della coscienza, una scelta quindi tipicamente etica da affidarsi alla meditata valutazione del medico nella situazione particolare. Si tratta di una scelta che risulta espressione della riflessione bioetica di quegli anni, sollecitata in particolare dal problema Aids, e che aveva assunto un indirizzo prevalente a favore di questo orientamento.

Una seconda, pure rilevante, innovazione contenuta nel Codice del 1995 attiene ad un più preciso riconoscimento dell'autonomia del paziente che presuppone un'adeguata informazione. Viene affermato, infatti, il diritto del paziente alla conoscenza delle condizioni in cui si trova con l'opportuna raccomandazione che “le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona devono essere fornite con prudenza, utilizzando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza”.

L'accentuata attenzione al tema del consenso (per la prima volta indicato come “consenso informato”) risente indubbiamente dell'innovativa clamorosa svolta della giurisprudenza che, pochi anni prima, aveva portato alla definitiva condanna di un medico per omicidio preterintenzionale a seguito della morte di un paziente connessa con inadeguato trattamento chirurgico, al quale lo stesso paziente aveva negato il consenso.

Le innovazioni giuridiche in tema di pubblicità sanitaria, di tossicodipendenza e di sperimentazione trovano una puntuale corrispondenza in articoli del Codice. In ordine alla problematica dei trapianti, in precedenza circoscritta agli aspetti relativi al prelievo da cadavere, si aggiunge l'attenzione al prelievo di tessuti e organi da soggetto vivente. Tra gli argomenti richiamati anche dalla riflessione bioetica di quel periodo si accentua l'attenzione ai temi della sessualità e della fecondazione assistita (in questo caso con l'esplicita finalità di fornire ai medici indicazioni operative, perdurando la carenza di norme legislative in merito) e si introduce il tema degli interventi sul genoma e sul concepito. Si affronta esplicitamente il tema delle “pratiche alternative”, in precedenza più genericamente circoscritto alla questione “terapie scientificamente infondate”. Viene introdotto, anche in questo caso per la prima volta, un apposito capitolo relativo ai “Rapporti con le altre categorie sanitarie”. Peculiare attenzione viene dedicata ai problemi dell'accanimento terapeutico (per la prima volta inseriti a livello del “Giuramento”) e dell'eutanasia.

Un'ulteriore innovazione del Codice attiene alla previsione di un apposito capo relativo agli aspetti deontologici della “medicina legale”. L'articolo 75, in parti-

colare, precisa che “la specifica attività degli esperti del settore medico-legale nell’ambito giudiziario trova la sua delineazione, la sua peculiarità deontologica e, contestualmente, la sua definizione di responsabilità, nell’impegno ritualmente assunto davanti al Giudice di bene e fedelmente operare per la ricerca della verità”. Scorrendo il Codice del 1995 si possono registrare alcune modifiche terminologiche, solo apparentemente secondarie. L’articolo 3 relativo ai “Compiti del medico” per la prima volta richiama la definizione di “salute” dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, sia pure con una visione doppiamente riduttiva: l’incomprensibile richiamo alla “accezione biologica” e il mancato riferimento al “benessere relazionale”. L’articolo 5 (relativo ai “Fini dell’attività professionale”) aggiunge ai precedenti riferimenti alle “conoscenze scientifiche” anche quello ai “valori etici fondamentali” (in precedenza il medico era invitato a ispirarsi “alla propria coscienza”). L’articolo 17 (“Rispetto dei diritti del paziente”) introduce il richiamo ai “diritti fondamentali della persona”.

Il Codice del 1995 è caratterizzato anche per aver attribuito ad ogni articolo un titolo. Il tema relativo ad interventi che contrastino con la coscienza o con il convincimento del medico (vedi in particolare art. 27 precedente Codice) trova qui un’esplicita formulazione all’articolo 19 nel seguente titolo “Obiezione di coscienza-rifiuto opera professionale”. Come già detto compare per la prima volta il termine “consenso informato” (titolo dell’art. 31) anche se nel testo dell’articolo si parla (ad avviso di chi scrive, opportunamente) solo in termini di “consenso”.

### IL CODICE DEL 1998

Il brevissimo intervallo di tempo intercorso dall’entrata in vigore dell’edizione del Codice 1995 e l’approvazione dell’edizione 1998 si giustifica con il sopravvenire di rilevanti innovazioni normative e l’accentuarsi di problemi di carattere etico o specificamente bioetico. Analizzando il testo si coglie il riferimento alle norme nel frattempo approvate: la Legge n. 675/96 sulla riservatezza, la normativa concernente la cosiddetta “Multiterapia di Bella” e i decreti sulla sperimentazione e l’istituzione dei Comitati Etici. Va anche ricordata la normativa approvata con Legge 578/93 sull’accertamento e la certificazione della morte, contenente (per la prima volta nella legislazione italiana) la definizione di “morte”. Sul versante dei riferimenti bioetici, appare evidente l’influenza che ha esercitato la Convenzione Europea per la Protezione dei Diritti dell’Uomo e la Biomedicina, approvata dal Consiglio d’Europa nel 1996 e sottoscritta anche dall’Italia a Oviedo nel 1997.

Il Codice del 1998, si caratterizza per la sostituzione del tradizionale termine “paziente” con quello di “cittadino”. Si tratta di una scelta indubbiamente positiva

in termini di riconoscimento della dignità dell'interlocutore del medico e non solo perché potrebbe non essere persona malata.

Il Codice comprende 79 articoli e conserva la ripartizione dei precedenti (ai "Rapporti con il cittadino" è dedicato il titolo III).

Scorrendone gli aspetti più rilevanti, è possibile esprimere i seguenti rilievi. La definizione di "salute" (art. 3) è stata ora depurata dall'improprio riferimento alla "accezione biologica". In tema di segreto professionale (art. 9) la giustificazione della rivelazione in caso di "urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego dell'interessato" esige la "previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali".

La vicenda legata alla "Multiterapia di Bella" ha comportato l'introduzione nell'articolo 12 ("Prescrizione e trattamento terapeutico") ha indotto al recepimento della normativa di legge relativa alla facoltà del medico di impiegare farmaci "off label" previo il "consenso scritto del paziente debitamente informato" e la verifica documentale della "efficacia e tollerabilità" del farmaco.

Innovativa è la trattazione del tema relativo alle "pratiche non convenzionali" (art. 13) che vengono infatti per la prima volta riconosciute come compatibili con "la potestà di scelta" del medico "nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale".

Nella considerazione dei casi in cui prestazioni contrastino con la coscienza o il convincimento clinico del medico, il titolo (art. 19) viene formulato con "Rifiuto d'opera professionale", senza quindi esplicitarlo in termini di "obiezione di coscienza".

In tema di consenso si osserva una singolare inversione della terminologia impiegata, rispetto al Codice precedente: il titolo è "Acquisizione del consenso", mentre nel testo compare il termine "consenso informato".

Viene confermato (come nelle due precedenti edizioni del Codice) il dovere del medico di "desistere" dagli atti diagnostici e curativi in caso di "documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere". Sempre in tema di espressione di volontà, l'articolo 34 (opportunosamente intitolato "Autonomia del cittadino") echeggia quanto indicato dall'articolo 9 della Convenzione di Oviedo nei seguenti termini "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". Ugualmente, e con riferimento all'articolo 6 della medesima convenzione, si dichiara l'obbligo del medico "di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione...". La definizione di morte introdotta dalla Legge 578/93 viene richiamata testualmente dall'articolo 37, che peraltro non contiene le indicazioni del Codice precedente, che opportunamente prevedevano "la

possibilità di prosecuzione del sostegno vitale anche oltre la morte accertata secondo le modalità di legge, al fine di mantenere in attività organi destinati a trapianto e per il tempo strettamente necessario”. L’articolo 44 introduce il tema dei “test genetici predittivi”. In tema di “ricerca biomedica e sperimentazione sull’uomo” (art. 46) viene recepita la normativa che prevede il “preventivo assenso da parte di un Comitato Etico indipendente”.

La trattazione della problematica deontologica relativa al così detto “sciopero della fame” trova nell’articolo 51 (intitolato “Rifiuto consapevole di nutrirsi”) un’importante innovazione in quanto non più circoscritto alla figura del detenuto ed esteso a qualunque “persona sana di mente che rifiuta volontariamente e consapevolmente di nutrirsi”.

L’articolo 68 (“Rapporto con altre professioni sanitarie”) introduce per la prima volta una prospettiva di collaborazione in termini positivi, non circoscritta cioè solo al divieto di determinati “accordi diretti o indiretti” (che pure rimane), che viene espressa con la seguente formulazione: “nell’interesse del cittadino il medico deve intrattenere buoni rapporti di collaborazione con le altre professioni sanitarie rispettandone le competenze professionali”.

Per la prima volta compare il titolo “Tutela della salute collettiva” al quale sono dedicati gli ultimi articoli del Codice, che impegnano il medico “a partecipare all’attività e ai programmi di tutela della salute nell’interesse della collettività” e, in relazione ai dipendenti da sostanze di abuso, a collaborare “con le famiglie e le altre organizzazioni sanitarie e sociali pubbliche e private che si occupano di questo grave disagio”.

### IL CODICE DEL 2006

Il 16 dicembre 2006 veniva approvato il testo del *Codice di Deontologia Medica* tuttora vigente. La sua articolazione conferma la distinzione in titoli presente nelle precedenti versioni, il numero degli articoli è di 75 con alcune interessanti innovazioni. In primo luogo una *Disposizione finale* che impegna gli ordini provinciali a recepire il Codice e a garantirne il rispetto delle norme, consegnando il testo ai singoli iscritti e a “tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento in materia deontologica”. Al testo del Codice sono inoltre allegati due linee guida inerenti rispettivamente all’applicazione degli articoli (55, 56, 57) relativi alla pubblicità dell’informazione sanitaria e dell’articolo 30 relativo al conflitto di interesse.

La lettura del testo del Codice testimonia un processo di approfondita riflessione, riconducibile anche all’intervallo di tempo (8 anni) trascorso dopo la pubblicazione del testo precedente. Cercando, anche in questo caso, di richiamare le innovazioni normative e le indicazioni emergenti dalla riflessione bioetica nel frat-

tempo intervenuta, ricordiamo, sinteticamente e in successione cronologica, le nuove norme sulla pubblicità sanitaria, la Legge n. 91 relativa ai trapianti di tessuti e di organi, nonché il Decreto Legislativo n. 135 concernente il trattamento dei dati sulla riservatezza (tutte emanate nel 1999), la Legge di ratifica della Convenzione di Oviedo (n. 145/2001), le leggi sull'amministrazione di sostegno e sulla procreazione medicalmente assistita (del 2004), le nuove norme sulle professioni sanitarie. Sul fronte delle riflessioni bioetiche grande attenzione hanno suscitato le vicende relative a Piergiorgio Welby e ad Eluana Englaro. Come si vedrà nell'analisi di alcuni articoli, il testo del Codice esprime anche una nuova sensibilità sui temi della "Giustizia sociale".

Tre sono le indicazioni deontologiche caratterizzate da assoluta novità rispetto ai testi precedenti. La prima attiene alla tutela dell'ambiente "quale fondamentale determinante della salute dei cittadini" con la quale l'articolo 5 formula importanti indicazioni deontologiche ad integrazione di quanto era stato indicato nel Codice precedente (art. 77) in ordine alla partecipazione dei medici ai programmi di tutela della salute. La seconda (art. 6) inserisce per la prima volta nelle indicazioni deontologiche l'attenzione alla "efficacia delle cure" e la contestuale esigenza di tenere conto "dell'uso appropriato delle risorse". La terza (art. 14) è dedicata al tema della "Sicurezza del paziente" e alla "Prevenzione del rischio clinico". Il dovere del medico è quello di "garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria alla prevenzione e gestione del rischio clinico", il che comporta anche la "rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure". Si introduce così una nuova dimensione dell'impegno professionale (e della relativa formazione) finalizzato a "comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti necessari per evitarne la ripetizione". In tema di consenso appare meglio articolata la disposizione che consente al medico di derogare "quando vi sia la necessità di salvaguardare la vita o la salute del paziente o di terzi nell'ipotesi in cui il paziente medesimo non sia in grado di prestare il proprio consenso" o anche "in caso di diniego dell'interessato". Una rilevante (anche se forse non da tutti percepita) innovazione è stata introdotta nell'articolo 16 in tema di "Accanimento diagnostico-terapeutico". Il medico è tenuto ad astenersi da tali comportamenti non solo in considerazione di riscontri oggettivi di futilità, ma "anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse". Questa impostazione appare del tutto coerente con l'attuale orientamento giurisprudenziale (anche in sede costituzionale) che valorizza l'autodeterminazione in tema di scelte relative alla propria salute.

Per quanto riguarda il consenso (che non viene più indicato con la formula "consenso informato"), particolare importanza assume – in relazione ai noti fatti ve-

rificatisi in questi anni – la conferma della disposizione dell’articolo 35 secondo la quale “in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona”. Una formulazione più adeguata è stata introdotta in tema di “Direttive anticipate” (art. 38) nei termini seguenti “il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato” (nel precedente Codice il testo era così formulato “non può non tenere conto...”). Rientra nelle indicazioni del Codice relative al consenso l’importante aggiunta in ordine alla “Cartella clinica” (art. 26) che prevede il dovere di registrare sulla cartella clinica “i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente...”. Sempre in ordine al consenso, viene opportunamente richiamato (art. 37) il ruolo attribuito dalla legge all’ “amministratore di sostegno”.

Le indicazioni deontologiche relative alla “Fecondazione assistita” (art. 44) tengono conto dell’intervenuta approvazione della Legge n. 40/04 (anche in materia di obiezione di coscienza), senza peraltro discostarsi sensibilmente dal testo del precedente Codice (art. 42), a conferma della corretta impostazione delle indicazioni deontologiche anche prima – e a prescindere dalla relativa impostazione ideologica – dell’intervento del legislatore.

La trattazione del codice relativa alla “Attività medico-legale”, già presente nelle precedenti tre edizioni, ha registrato una rilevante modificazione, alla quale hanno costruttivamente contribuito le meditate proposte elaborate da un gruppo di docenti della disciplina. Particolare attenzione viene dedicata (art. 62) alla complessità delle problematiche medico-legali in tema di responsabilità professionale e al ruolo (e ai limiti legati alle evidenze scientifiche) delle consulenze di parte. Per tutti gli incarichi con finalità medico-legali viene affermato il dovere di subordinare l’accettazione degli stessi “alla sussistenza di un’adeguata competenza medico-legale e scientifica”.

Le indicazioni deontologiche relative al “Rapporto con le altre professioni sanitarie” (art. 66) vengono proposte in termini più adeguati e costruttivi, in relazione alla comune finalità della tutela della salute: “il medico deve garantire la più ampia collaborazione e favorire la comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale”.

#### IL CAMMINO DEL CODICE DEONTOLOGICO DAL PATERNALISMO MEDICO ALLA CONDIVISIONE DEI PRINCIPI COSTITUZIONALI

Chi ha avuto la preziosa opportunità di ripercorrere le tappe della codificazione deontologica, dalle prime iniziative di alcuni Ordini fino ad oggi (ma esaminan-

do, a ritroso, anche i “Galatei” dei secoli precedenti), non può sottrarsi all’esigenza di proporre, al termine dell’analisi delle diverse tappe, una – pur breve – riflessione complessiva.

Si potrebbe scegliere la via – già adottata in altra sede – di svolgere un’analisi comparativa sull’evoluzione sviluppatasi attorno ad alcuni temi di fondamentale rilevanza deontologica, come il segreto, il consenso, l’informazione, i rapporti tra i colleghi. Sembra, tuttavia, preferibile scegliere una diversa (e impegnativa) prospettiva: inquadrare questi stessi temi (assieme ad altri più recentemente emersi) entro la cornice dei principi contemplati dalla Costituzione in relazione alle problematiche che sono proprie dell’esercizio della professione medica (e, in più in generale, delle diverse professioni sanitarie).

Quale cammino, dunque? Quali le tappe più rilevanti di avvicinamento e di consapevole condivisione dei principi contenuti nella Costituzione della Repubblica Italiana? Anche: quale percorso rimane ancora da compiere?

Il riferimento obbligato è ovviamente identificabile nell’articolo 32 della Costituzione che peraltro – come ormai pacificamente acquisito – va letto alla luce dell’articolo 13 e dei principi fondamentali enunciati dagli articoli 2 e 3.

Procederemo, necessariamente, per spunti sintetici.

Innanzitutto, il riferimento al diritto dell’individuo alla tutela della salute, proclamato dal 1° comma dell’articolo 32 della Costituzione. Come si è avuto modo di rilevare, l’articolo 3 del Codice 1995, nel definire i “compiti del medico” annovera tra essi “la difesa e il rispetto della vita, della salute fisica e psichica dell’uomo e il sollievo della sofferenza...”. Lo stesso articolo, più oltre, si preoccupa di definire il concetto di salute che richiama solo parzialmente la definizione contenuta nell’atto costitutivo dell’Oms, poi meglio riformulato nelle due edizioni successive del Codice, ma ancor oggi circoscritto alle sole dimensioni fisica e psichica, tralasciando dunque quella relazionale, non solo esplicitamente contenuta nella definizione della Oms (1946), ma ribadita anche nella dichiarazione dello stesso organismo ad Alma Ata, nel 1978. Non si vede perché ai medici non venga riconosciuto un ruolo importante (ovviamente non esclusivo) nel prendersi cura delle relazioni interpersonali, sia sotto il profilo degli interventi in situazioni di malattia che sotto quello della promozione di un maggior “benessere”.

Lo stesso 1° comma dell’articolo 32 Cost. richiama l’“interesse della collettività” alla tutela della salute. Questo aspetto è stato opportunamente introdotto nei codici. L’articolo 87 del Codice 1995 afferma il dovere del medico di “partecipare all’attività e ai programmi previsti dalla legge ai fini della tutela della salute, nell’interesse della società”. Più aderente alla terminologia della norma costituzionale è la formula adottata dal Codice 1998 che, all’articolo 77, afferma il dovere del medico di partecipare “all’attività e ai programmi di tutela della salute nel-

l'interesse della collettività". Un evidente salto di qualità caratterizza la scelta del Codice 2006 che colloca questo dovere deontologico tra i primi articoli, nell'ambito delle norme relative alla "Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente" con la seguente articolata (e pienamente corrispondente ai principi costituzionali) espressione: "il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva".

Il 2° comma dell'articolo 32 Cost. stabilisce il divieto di obbligare a trattamenti sanitari. Si tratta della giustificazione costituzionale del principio del consenso, poi esplicitata in termini positivi dalla Legge 833/78. A tale principio fanno riferimento le formulazioni codicistiche sviluppatesi, in particolare, a partire dall'edizione 1995. Su questo punto è tuttavia significativo il riscontro della presenza del medesimo principio già nel Codice sassarese.

Le diverse edizioni del Codice hanno progressivamente precisato, in termini anche pedagogicamente adeguati, l'importanza della preventiva informazione, separando l'espressione conclusiva della volontà del paziente dal precedente, fondamentale, processo relazionale-informativo. Anche a questo proposito occorre ricordare la modernità del Codice sassarese.

Sempre il 2° comma dell'articolo 32 Cost. afferma il dovere di rispettare la "persona umana" anche nei casi di trattamenti sanitari obbligatori. Tale riferimento non è presente nelle norme deontologiche di volta in volta formulate in tema di trattamenti sanitari obbligatori, ma opportunamente è contenuto nell'articolo introduttivo delle diverse edizioni dei Codici che, nel definire i "doveri del medico", lo richiama al "rispetto della libertà e della dignità della persona umana". Le ultime due edizioni del Codice, nel prendere in considerazione il tema della "autonomia del cittadino" ribadiscono, anche sotto tale profilo, il dovere del medico di "agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia" della persona. Quest'ultimo richiamo consente di introdurre un'ulteriore considerazione. Come è stato più sopra ricordato, il termine di "paziente", al quale facevano riferimento i precedenti Codici, a partire dall'edizione del 1998 è stato sostituito con quello di "cittadino". Sono senz'altro da condividere le motivazioni all'epoca espresse nelle diverse sedi, volte da un lato ad indicare come il medico non abbia come interlocutori solo persone ammalate e ad attribuire ad esse, in ogni caso, la dignità che deriva dai "diritti fondamentali della persona" (art. 17). Ma proprio il ricorso al termine "persona" (ripreso testualmente nell'art. 20 del Codice 2006) consente di evidenziare i limiti del concetto di "cittadino" che inevitabilmente richiama solo una parte (anche se di gran lunga più numerosa) dei possibili interlocutori del medico. La necessità di un'ulteriore, più adeguata terminologia appare oggi particolarmente evidente nel momento in cui il fenomeno immigra-

rio determina con crescente frequenza la possibilità che si presentino al medico anche persone prive della “cittadinanza”. Del resto, il riduttivo impiego del termine “cittadino” appare in evidente contrasto con l’art. 3 del Codice Deontologico tuttora vigente che, con palese richiamo al “principio fondamentale” dell’articolo 3 della Costituzione, afferma solennemente che al medico non sono consentite “discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia...”.

Il deciso intervento della Federazione dinnanzi alle concrete prospettive di introdurre nella recente normativa sulla così detta “sicurezza” il dovere di segnalazione di propri pazienti per i quali si potesse configurare l’ipotesi del “reato di clandestinità” rende ulteriormente evidente ed urgente – a parere di chi scrive – la sostituzione del termine “cittadino” con altro più adeguato (il richiamo ai diritti fondamentali della “persona” costituisce, già dal 1998, un prezioso ed appropriato suggerimento).

Il diritto alla tutela della salute di ogni persona giustifica la rilevante innovazione in tema di segreto professionale introdotta nel Codice a partire dall’edizione 1995. La salute di terzi assume così una importanza maggiore rispetto al pur fondamentale (e da sempre presente in tutte le indicazioni deontologiche) diritto del paziente alla tutela del segreto da parte del medico (e di ogni altro professionista).

L’attuale lettura dell’articolo 32 alla luce del diritto alla “libertà personale” proclamato dell’articolo 13 della Costituzione sta facendo emergere ulteriori motivi a favore della giustificazione dell’autonomia e dell’autodeterminazione di ogni persona, anche nelle scelte concernenti la propria salute. Numerosi sono, a questo proposito, le consonanti affermazioni contenute nelle più recenti edizioni del Codice di Deontologia Medica. Per limitarci al testo del 2006, ricordiamo in tema di consenso (art. 35) il dovere del medico, “in presenza di documentato rifiuto di persona capace”, di “desistere in ogni caso dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona” e (nello stesso articolo) nei confronti del paziente incapace di “tenere conto delle precedenti volontà del paziente”. Su entrambi gli aspetti ora indicati (autonomia e direttive anticipate) si sofferma, in termini chiari e dettagliati, l’intero art. 38. Ulteriore espressione del rispetto dell’autonomia del paziente è rinvenibile nella norma (sostanzialmente invariata da diverse edizioni) relativa al rifiuto dell’interlocutore del medico (in questo caso, significativamente, indicato come “persona”) di nutrirsi. Non può mancare, su questo punto, l’ulteriore richiamo alla norma deontologica in tema di “accanimento terapeutico”, dal quale il medico è tenuto ad astenersi, “anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse” (art. 16).

I medici sono riconosciuti dall'Ordinamento (anche alla luce dell'art. 33 Cost.) come professionisti qualificati (ed indispensabili) per la tutela della salute. Il dovere di operare per la cura delle malattie e la promozione di una maggior salute discende indubbiamente dallo stesso articolo 32 che afferma il diritto di ogni individuo e l'interesse della collettività, ma va letto anche in relazione a quel principio che la Costituzione definisce "fondamentale" enunciato dell'articolo 2 della Costituzione nei termini seguenti: "la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo... e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale". Il ruolo professionale assegnato ai medici (e a tutti gli operatori sanitari) è dunque quello di contribuire ad adempiere, a nome dell'organizzazione sociale, agli "inderogabili doveri" di tutela della salute.

Questo richiamo al principio costituzionale dell'articolo 2 della Costituzione per quanto attiene ai doveri dei medici meriterebbe un adeguato approfondimento in sede deontologica. A parere di chi scrive sarebbe ormai maturo il tempo per rivedere il titolo IV del Codice ("Rapporti con i colleghi") in termini profondamente rinnovati e che vadano al di là delle semplici questioni tradizionali del rapporto tra curante e consulente, tra curante e medico ospedaliero, ecc. Ricordiamo come al rapporto tra i medici i primi Codici dedicassero gran parte degli articoli, espressione, come si è detto, di una diffusa conflittualità. Prendiamo atto, positivamente, della progressiva riduzione del numero degli articoli che nelle ultime edizioni del Codice è passato da 21 (1995) a 10 (1998), fino agli attuali 7 articoli. Manca, tuttavia, la prospettiva dell'integrazione non solo tra i singoli medici, ma anche nell'ambito della medesima équipe (con i rilevanti problemi del così detto "affidamento") e tra équipes diverse. Anche il titolo V dovrebbe essere rivisto ed opportunamente rinnovato, con riferimento al "Rapporto con le altre professioni sanitarie", in considerazione anche delle numerose professioni sanitarie non mediche alle quali si accede oggi con laurea universitaria, che si sono dotate del rispettivo Codice Deontologico e che propongono problemi nuovi e complessi sia in ordine alla identificazione delle loro competenze, sia nella relazione con le altre professioni e, in particolare, con quella medica. La prospettiva di un Codice comune (o, quantomeno, di parti comuni dei rispettivi Codici Deontologici) andrebbe opportunamente considerata.

Ma è ormai tempo di considerare anche il rapporto e l'indispensabile integrazione (culturale e operativa) con gli operatori sociali, nella consapevolezza che la tutela e la promozione della salute non possono essere affidate ai soli operatori sanitari.

Un'ultima considerazione va dedicata al ruolo e alle prospettive della riflessione deontologica. Negli ultimi 20 anni si è assistito ad una pregevole produzione di

commenti ad ogni nuova edizione del Codice di Deontologia Medica. Questi contributi hanno indubbiamente aiutato a rendere più vivo il dibattito sul ruolo e i contenuti del Codice nella duplice funzione che ad esso deve essere riconosciuta: indicare gli opportuni riferimenti (anche se non tassativi) per la valutazione della responsabilità disciplinare e delineare con frequenti opportuni aggiornamenti l'orientamento della Deontologia Medica dinnanzi ai problemi (vecchi e soprattutto nuovi) e alle responsabilità che il progresso scientifico e tecnologico e la maggior consapevolezza, nella popolazione, dei diritti umani propongono. In questi stessi anni – come rileva Fiori – anche la più attenta dottrina giuridica ha attribuito alle norme deontologiche un ruolo di determinazione e di specificazione di principi e di clausole generali dell'ordinamento giuridico. Le più recenti edizioni del Codice hanno suscitato un interesse crescente e stimolato pregevoli commenti tra i giuristi. Dal canto suo la giurisprudenza della Cassazione, in una fondamentale sentenza delle Sezioni Unite del 2002 (relativa alla valenza giuridica del Codice Deontologico Forense) ha definito le norme deontologiche: “vere e proprie regole giuridiche vincolanti nell'ambito dell'ordinamento di categoria”.

Ma poiché ci stiamo qui soffermando sulla rilevanza delle norme deontologiche in relazione ai principi costituzionali, ricordiamo che la Corte Costituzionale ha in diverse successive sentenze riconosciuto l'importanza e l'autorevolezza della “normativa elaborata dagli organismi professionali in campo di Deontologia Medica”. Da ultimo, con la sentenza n. 438/2008 (efficacemente richiamata da Barni) la normativa deontologica viene definita come “destinata a concretare, sul terreno del diritto positivo, le regole che costituiscono il prescrizionale per il medico, la cui inosservanza è fonte di responsabilità non necessariamente di tipo penale”. Del tutto favorevolmente devono essere quindi considerati gli interventi ed i pronunciamenti che in questi anni gli organismi istituzionalmente deputati a formulare indicazioni deontologiche hanno elaborato. Intendiamo riferirci, in particolare, al “manifesto di Padova sul multiculturalismo in medicina e sanità” (2007) e, da ultimo, al documento di Terni sul tema delle “dichiarazioni anticipate di trattamento” (2009). Da questo secondo documento traiamo, a conclusione del presente contributo, le efficaci e fondamentali affermazioni di carattere generale con le quali si sottolinea come “le previsioni del Codice di deontologia abbiano specifica forza giuridica ed etica e siano di per sé idonee ad orientare e a legittimare le decisioni scaturite dall'insostituibile confronto tra curante e paziente” rivendicando “l'autonomia e la responsabilità del medico come garanzia che le richieste di cura e le scelte di valori dei pazienti siano accolte nel continuo sforzo di aiutare chi soffre e ha il diritto di essere accompagnato con competenza e solidarietà”.

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *Codice deontologico commentato*, C.G. Edizioni Medico Scientifiche 2007.
- Baldini M., *Dai Galatei medici al Codice Deontologico*, in *Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, nel cinquantenario della ricostituzione (1946-1996)*, 1996, p. 87.
- Baldini M., Malavasi A., *I Galatei del medico e del paziente. Da Ippocrate al Codice Deontologico*, Viviani 2008.
- Barni M. (a cura di), Bioetica, *Deontologia e Diritto per un nuovo Codice professionale del Medico*, Giuffrè 1999.
- Barni M., *Un Codice deontologico di chiara sostanza medico-legale*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 29, 543, 2007.
- Barni M., *Auspici e prospettive di autogoverno deontologico*, in *Professione e Clinical Governance*, 16, 11, 2009.
- Barni M., *Dall'atto medico al testamento biologico; la rivincita della deontologia*, in *Riv. It. Med. Leg.* 31, 825, 2009.
- Bellelli A., *Codice di deontologia medica e tutela del paziente*, in *Riv. Dir. Civ.*, II, 579, 1955.
- Benciolini P., *Il diritto alla salute*, in *Pace, diritti dell'uomo, diritti dei popoli*, 2, 45, 1988.
- Benciolini P., *Il Codice di deontologia medica e la normativa italiana*, in *Bioetica, Deontologia e Diritto per un nuovo Codice professionale del Medico* (a cura di M. Barni), 1999, p. 87.
- Benciolini P., *Aspetti deontologici della relazione medico-infermiere*, in *Riv. Diritto Professioni Sanitarie*, 3, 155, 2000.
- Benciolini P., *50 anni di deontologia medica*, in Bompiani A., *Formare un buon medico*, Franco Angeli 2006, p. 178.
- Benciolini P., *Attività medico-legale* (commento agli artt. 62 e 63 del Codice del 2006), in AA.VV., *Codice deontologico commentato*, C.G. Edizioni Medico Scientifiche 2007, p. 104.
- Benciolini P., *La responsabilità professionale del medico-legale: tra norme giuridiche, riferimenti deontologici e prassi operative*, in *Trattato di Medicina legale e scienze affini* (diretto da G. Giusti), Cedam 2009, p. 1179.
- Calcagni C., Cecchi R., *Deontologia medica. Dalla deontologia ippocratica alla Bioetica*, SEU 2008.
- Comporti G.D., *La deontologia medica nelle prospettive della pluralità degli ordinamenti giuridici*, *Riv. It. Med. Leg.*, 24, 863, 2002.
- Carrasco De Paula I., *Deontologia medica. Quale ruolo nell'era delle biotecnologie*, *Riv. It. Med. Leg.*, 31, 865, 2009.
- Documento di Pontignano (Siena, 5-6 febbraio 1999), in *Bioetica, Deontologia e Diritto per un nuovo Codice professionale del Medico* (a cura di M. Barni), Giuffrè 1999, p. 219.
- Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, *Commentario al Codice di Deontologia medica*, 1955.
- Fineschi V., Marzi A., Mazzeo E., Dell'erba A., Manna P., *Il nuovo Codice di deontologia medica*, Giuffrè 1991.
- Fineschi V. (a cura di), *Il codice di deontologia medica*, Giuffrè 1996.
- Fiori A., Marchetti D., *Medicina legale della responsabilità medica. Nuovi profili*, Giuffrè 2009.
- Iadecola G., *Il Codice Deontologico del Medico*, Cedam 1995.
- Iadecola G., *Le norme della deontologia medica: rilevanza giuridica e autonomia di disciplina*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 29, 551, 2007.
- Introna F., Tantalo M., Colafigli A., *Il Codice di deontologia medica del 1995 commentato con leggi e documenti*, Giuffrè 1996.
- Introna F., *Il medico e le regole di buona creanza, ovvero il Galateo dei Medici* ("Galateo dei Medici" del dott. Pasta, Tipografia della Minerva, Padova 1821), *Riv. It. Med. Leg.*, 19, 833, 1997.
- Introna F., *I cento anni del Codice Deontologico*, *Riv. It. Med. Leg.*, 27, 951, 2005.
- Norelli G.A., Dell'Osso G., *Codice Deontologico e Deontologia Medica*, Giuffrè 1980.
- Paci A., *Bioetica, deontologia e diritto per un nuovo codice professionale medico*, in *Bioetica, Deontologia e Diritto per un nuovo Codice professionale del Medico*, (a cura di M. Barni), Giuffrè 1999, p. 103.
- Paci P., *Luci ed ombre del codice di deontologia medica*, in *Bioetica, Deontologia e Diritto per un nuovo Codice professionale del Medico* (a cura di M. Barni), Giuffrè 1999, p. 25.
- Pagni A., *Il codice deontologico e la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*, in *Bioetica, Deontologia e Diritto per un nuovo Codice professionale del Medico* (a cura di M. Barni), Giuffrè 1999, p. 3.
- Pagni A., *Il codice deontologico nell'epoca della tecnologia, della bioetica e della democrazia*, in *Professione e Clinical Governance*, 17, 3, 2009.
- Procino R., *I codici deontologici in Italia. Il percorso di una evoluzione*, in *Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, nel cinquantenario della ricostituzione (1946-1996)*, 1996, p. 107.