

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 28 MAGGIO 2014

Il Codice di deontologia medica, l'atto medico e il rapporto con le professioni sanitarie

Non è il Codice lo strumento per regolare i rapporti tra le professioni. Lo strumento della deontologia, essendo per sua natura, monoprofessionale, mal si presta a definire rapporti e situazioni interprofessionali. Che hanno invece bisogno di una più ampia discussione all'interno non del mondo, ma dei mondi professionali

La Federazione nazionale degli ordini dei medici ha presentato il [nuovo codice deontologico](#). Tra i numerosi spunti di interesse spicca, in linea con il dibattito degli ultimi mesi, per ordine di importanza, il riferimento all'attività medica e al rapporto con le altre professioni sanitarie.

In premessa vorrei ricordare che il contenuto delle norme di un codice deontologico (Aprile A., Benciolini P., Il codice deontologico dell'ostetrica/o: prime valutazioni, *Rivista di diritto delle professioni sanitarie*, 4, 2000) è sostanzialmente rapportabile a quattro tipologie di norme:

1. norme deontologiche rapportabili a specifiche previsioni di legge;
2. norme di natura prettamente etica;
3. norme di natura prettamente deontologica;
4. norme di carattere disciplinare.

Le norme sui rapporti all'interno e all'esterno della professioni sono contenute, in genere e per trattazione sistematica, nel punto sub 3.

Sono norme che non hanno una valenza prescrittiva e sono meramente integratrici di precetti giuridici esistenti o suppliscono carenze legislative.

Sempre in premessa bisogna ricordare che le norme contenute nei codici deontologici possono essere *secundum legem* e mai *contra legem*. Nei fatti la normazione deontologica si limita a questioni ripetitive o integrative di norme esistenti o anche esplorando nuove tematiche, ma sempre in linea con i principi generali dell'ordinamento giuridico.

L'attività medica e i rapporti tra le professioni nel codice Fnomceo 2014.

L'articolo 3 del nuovo codice innova – rispetto alle precedenti versioni – introducendo una versione “paralegislativa” dell'attività medica.

Riportiamo per esteso i commi 2 e 3 per esteso evidenziando in grassetto le parti di maggiore interesse.

“Al fine di tutelare la salute individuale e collettiva, ***il medico esercita attività basate sulle competenze, specifiche ed esclusive, previste negli obiettivi formativi degli ordinamenti didattici*** dei corsi di laurea in medicina e chirurgia e odontoiatria e protesi dentaria, integrate e ampliate dallo ***sviluppo delle conoscenze in medicina, delle abilità tecniche e non tecniche connesse alla pratica professionale***, delle innovazioni organizzative e gestionali in sanità, dell'insegnamento e della ricerca.

La diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi ***è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità***”.

Riportiamo anche il primo comma dell'art. 13:

“***La prescrizione*** a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ***è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico***, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far

seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico”.

Il codice 2014 opera un curioso rimando legislativo – senza citarlo – alle legge di abilitazione sulle professioni sanitarie (legge 26 febbraio 1999, n. 42) che come è largamente noto ancora il campo proprio di attività e di responsabilità anche agli ordinamenti didattici dei corsi di laurea.

Le difficoltà del contesto sanitario in cui si muove oggi il medico.

Il motivo per il quale il codice di deontologia medica senta il bisogno di richiamare l'esercizio professionale agli ordinamenti didattici è facilmente spiegabile dalla diversa complessità in cui si muove oggi il medico nel contesto delle organizzazioni sanitarie. La professione medica – al pari delle altre professioni sanitarie – prova a mettere dei punti fermi diversi dalla generica e antica tradizione della sostanziale equivalenza tra attività sanitaria e attività medica. Cerca di fissare con riferimenti più puntuali il proprio agire professionale tentando di ricavare anche alcuni ambiti di esclusività quali la diagnosi (art. 3) e la prescrizione (art. 13).

La prima notazione che possiamo porre è che entrambi sono senza aggettivazione. Non quindi la diagnosi clinica ma una più generica “diagnosi” e non una prescrizione farmacologica o di trattamento medico ma una più generica prescrizione.

L'impressione *prima facie* che si ricava – memori del dibattito sulle competenze specialistiche e avanzate degli scorsi mesi – è che si cerchi di porre un ancoraggio normativo - ancorché strettamente deontologico e non giuridico – alla carenza di norme definitorie dell'attività medica. A fronte, cioè, di un contesto di professioni sanitarie – i ventidue profili – decisamente normate, sembra che la professione medica cerchi, comunque, delle regole definitorie delle proprie attività nella normazione codicistica deontologica cercando di farle supplire proprio la carenza legislativa.

Il risultato però non è soddisfacente proprio per l'eccessiva genericità. Non si definisce la generica diagnosi ma solo le sue ampie finalità scordando che i vari mondi professionali utilizzano queste terminologie da tempo. Ricordiamo la “diagnosi infermieristica”, la diagnosi ostetrica”, la “diagnosi fisioterapica”, “la diagnosi ortottica” ecc.

Se la deontologia medica definisce la diagnosi “una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile” competenza del medico aveva a questo punto il compito di chiarire meglio i propri ambiti e i criteri di distinzione con le altre tipologie di diagnosi esistenti in sanità. Inoltre, tautologicamente, la definisce “non delegabile”.

I concetti devono essere chiari: se una attività è “tipica ed esclusiva” (parole della Corte di Cassazione) di una professione è assolutamente evidente che in base ai noti principi della “delega di funzioni” che non sia delegabile.

Stessa formula usata anche per la prescrizione dove il codice Fnomceo si mantiene generico al primo comma dell'articolo 13 ma dal secondo comma descrive però i limiti e i principi della stretta prescrizione farmacologica.

Anche nell'articolo 35, rubricato come “Consenso e dissenso informato” la normazione deontologica prevede una “esclusiva”. Recita testualmente il primo comma che “l'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile”. In questo caso devono essere chiarite fino in fondo le conseguenze di tale disposto: la messa al bando delle firme sottoposte ai pazienti da parte di altro personale sanitario. Il processo completo di informazione al paziente e di acquisizione del consenso o del dissenso deve essere operato totalmente dalla professione medica. Anche in questo caso colpisce la genericità dell'articolo: si intende il consenso alle cure cliniche o, più ampiamente, il consenso alle attività sanitarie di cui il medico non è però il *dominus* assoluto?

Decisamente meno prescrittivo e più marcatamente deontologico è il contenuto dell'articolo 66 “Rapporto con le altre professioni sanitarie”. Riportiamo per esteso il primo comma.

“Il medico si adopera per favorire la collaborazione, la condivisione e l'integrazione fra tutti i professionisti sanitari coinvolti nel processo di assistenza e di cura, nel rispetto delle reciproche competenze, autonomie e correlate responsabilità”. Formulazione deontologica che si inserisce nella

tradizione.

Riportiamo anche il secondo comma dell'articolo 66:

“Il medico sostiene la formazione interprofessionale, il miglioramento delle organizzazioni sanitarie **nel rispetto delle attività riservate e delle funzioni assegnate e svolte** e l'osservanza delle regole deontologiche”

Il secondo comma torna sulle competenze, questa volta, inserite nel contesto delle organizzazioni vincolando il medico e le organizzazioni sanitarie – che non possono essere vincolate dalla normazione codicistica! – al “rispetto delle attività riservate e delle funzioni assegnate e svolte”. Questo ultimo punto si presta a degli equivoci soprattutto nel caso in cui le “funzioni assegnate” appartengono a vecchi piani di lavoro e a vecchie consuetudini che non hanno tenuto conto delle evoluzioni normative e professionali. Il nuovo codice Fnomceo, in questo caso, rischia di essere un freno ai cambiamenti dei rapporti tra le professioni e rischia di cristallizzare comportamenti e prassi che non sempre meritano di essere difesi nell'interesse della funzionalità delle organizzazioni stesse.

Queste prime riflessioni ci fanno capire che lo strumento della deontologia, essendo per sua natura, allo stato dell'arte oggi, monoprofessionale, mal si presta a definire rapporti e situazioni interprofessionali che hanno bisogno di una più ampia discussione all'interno non del mondo, ma dei mondi professionali.

Luca Benci

Giurista Professioni sanitarie e Biodiritto