

La modernità immutabile del codice di deontologia medica

Antonina Argo¹

¹ Professore Associato di Medicina Legale, Scuola di Medicina, Università degli Studi di Palermo

The new code of medical ethics and its immutable modernity
Pratica Medica & Aspetti Legali 2014; 8(4): 111-112
<http://dx.doi.org/10.7175/PMeAL.v8i4.958>

La riformulazione del Codice di Deontologia Medica (CDM) 2014 [1] è un'occasione per riflettere sugli emergenti confini della biomedicina e dell'impegno professionale, come evidenziati dalla attuale proposizione; il documento illustrativo del CDM indica che si è proceduto ad inserire 4 articoli relativi ad aree tematiche specifiche, che riflettono il sostanziale cambiamento della società contemporanea: medicina estetica e potenziativa (art. 76), medicina militare (art. 77), tecnologie informatiche (art. 78), l'organizzazione sanitaria (art. 79). È rilevante tuttavia cercare di individuare un filo conduttore di tali innovazioni ed esso, a nostro avviso, è da ravvisarsi nel profilo della responsabilità (prima ancora che per la preoccupata avvertenza del censore esterno) intesa nella sua accezione "proattiva", che deve animare tanto il medico ricercatore quanto il medico terapeuta (segnalazione di eventi avversi, errori, quasi errori), entrambi aperti, e forse esposti, alle nuove, complesse, sempre più articolate modalità di svolgimento della professione (si pensi allo scenario innovativo della medicina "virtuale"). Si apprezzano infatti nell'art. 76 il richiamo ai «*principi di precauzione, proporzionalità e rispetto dell'autodeterminazione della persona, acquisendo il consenso informato in forma scritta*». Improntata ad analogo intento la formulazione dell'art. 78 secondo cui il medico «*persegue l'appropriatezza clinica e adotta le proprie decisioni nel rispetto degli eventuali contributi multidisciplinari, garantendo la consapevole partecipazione della persona assistita*». Ancora (art. 77), egli assicura «*il livello più elevato di umanizzazione delle cure praticando un triage rispettoso delle conoscenze scientifiche più aggiornate*».

Il Codice nella sua attuale veste sembra dunque descrivere un medico inserito in un sistema sanitario e in un contesto globalizzato, aperto a nuovi e molteplici influssi (spinte economiche, politiche, conflitti bellici) in grado di condizionare l'indipendenza e l'autonomia della professione; appare esplicito il **vulnus** del possibile **conflitto di interesse** (aspetto peraltro già emergente nella Guida Europea di etica medica), tema dominante nell'articolo 30: l'indirizzo applicativo esprime al riguardo un preoccupato monito, poiché «*le condizioni di conflitto di interessi riguardanti aspetti economici e di altra natura possono manifestarsi nella ricerca e divulgazione scientifica, nella formazione e aggiornamento professionale, nella prescrizione terapeutica e di esami diagnostici, nell'attività di consulenza e di pubblico ufficiale e nei rapporti con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, nonché con la pubblica amministrazione*».

Ed è nuovamente il tema dell'**appropriatezza** («*I medici non devono accettare elargizioni o altre utilità che possano limitare l'appropriatezza delle proprie decisioni inerenti all'esercizio professionale*» [2]) a definire il filo conduttore "modernità/responsabilità" del

Corresponding author

Antonina Argo
antonella.argo@unipa.it

Disclosure

L'autore dichiara di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria in merito ai temi trattati nel presente articolo

codice. Tra molti spunti di interesse dell'attuale formulazione del CDM uno emerge indiscusso: il *dissenso* del paziente, di cui già all'incipit del Titolo V "Informazione e comunicazione. Consenso e dissenso". È il paziente/persona sempre più maturo e consapevole, pienamente emancipato, quello oggi descritto dal CDM, il cui rispetto assoluto merita piena, ed altrettanto matura, attenzione da parte del terapeuta e dell'organizzazione sanitaria e sociale nel suo insieme.

Che resta del giuramento ippocratico [3] nell'attuale formulazione codicistica? Autorevoli commentatori avevano posto tale domanda, e non è possibile fornire risposte; rispetto del principio di

beneficialità ed impegno alla riservatezza, crediamo, sono ancora i due pilastri sufficienti a descrivere l'attitudine all'umanità, il rispetto della dignità e della sofferenza che devono essere patrimonio spirituale del terapeuta, quale che sia (e non importa quale sia) la prospettiva bioetica cui egli aderisce; finalmente, il tempo speso per parlare con il paziente è parte della prestazione medica (art.20, Relazione di cura) fondata su reciproca **fiducia** e sul mutuo **rispetto**. Queste, *last but not least*, le parole chiave forse più importanti del nuovo CDM.

Un'occasione per riflettere, perché l'arte lunga della medicina, la più bella tra tutte le arti, è ben più lunga della nostra stessa vita.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Codice di Deontologia Medica 2014. Disponibile online su <http://www.fnomceo.it/fnomceo/Codice+di+Deontologia+Medica+2014.html?t=a&id=115184> (ultimo accesso novembre 2014)
2. Codice di Deontologia Medica 2014. Allegato 1. Indirizzi applicativi allegati all'articolo 30. Disponibile online su <http://www.fnomceo.it/fnomceo/Indirizzi+applicativi+allegati.html?t=a&id=116364> (ultimo accesso novembre 2014)
3. Fiori A. Il compleanno di un codice di deontologia medica tra ippocratismo e modernità, tra arte medica e scienza medica. *Riv It Med Leg* 2008; 2: 381
4. Calcagni C, Cecchi R. Deontologia medica. Dalla deontologia ippocratica alla bioetica. III ed. Roma: SEU, 2008
5. Introna F, Rubini L. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Riv It Med Leg* 2002; XIV: 1183-1201
6. ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-6