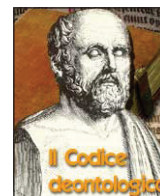


IL NUOVO CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA



Commento agli articoli 5, 6 e 62

La quarta versione del nuovo Codice di deontologia medica è stata presentata nel mese di dicembre 2006 e aggiorna quella redatta nel 1998. Il nuovo Codice, composto da 75 articoli organizzati in 6 titoli, oltre ai tradizionali precetti deontologici, detta linee di indirizzo vincolanti in tema di educazione alla salute e rapporti con l'ambiente, sulla sicurezza del paziente e la prevenzione del rischio clinico, sulla donazione e sui trapianti di organi, tessuti e cellule, sull'abusivismo e prestanomismo. Affronta inoltre temi come la libertà, l'indipendenza e la dignità della professione medica, come l'educazione alla salute, come la qualità professionale e gestionale, i limiti dell'attività professionale, il segreto professionale, la riservatezza dei dati personali, il trattamento dei dati sensibili.

È trattata anche la parte relativa agli accertamenti diagnostici e ai trattamenti terapeutici, la sicurezza del paziente e la prevenzione del rischio clinico, le pratiche non convenzionali, per arrivare poi all'accanimento diagnostico-terapeutico e all'eutanasia.

Per la prima volta al Codice deontologico sono allegati due regolamenti riguardanti aspetti fondanti dell'esercizio della professione medica quali la pubblicità sanitaria e il conflitto di interesse.

È disponibile in versione integrale nel sito della rivista (www.medicoebambino.com, sezione Topics).

In questo Focus vengono riportate tre norme (articoli 5, 6 e 62) che hanno subito modifiche degne, a nostro avviso, di segnalazione e di uno specifico commento.

L'articolo 5 "Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente" rappresenta una delle grandi novità del Codice deontologico. L'ACP ha dedicato il suo ultimo convegno nazionale al tema dell'ambiente e ricadute sulla salute infantile e ha predisposto un pacchetto formativo. Abbiamo chiesto un commento a un esperto che del problema si interessa da tempo.

L'articolo 6 "Qualità professionale e gestionale": "Tutte le popolazioni europee condividono l'idea che tutti i bambini, indipendentemente dal gruppo sociale di appartenenza, debbano avere le stesse chance di sopravvivenza" (Geddes e Maciocco in *Salute e sviluppo* 2/2006). Vediamo in concreto cosa possiamo fare nella nostra pratica quotidiana con l'aiuto di chi si è sempre impegnato nel campo delle disuguaglianze.

Articolo 62 "Attività medico-legale". Abbiamo introdotto nell'editoriale le novità dell'ultima versione. Due esperti e collaboratori della rivista ci aiutano a comprendere meglio le ricadute pratiche dal punto di vista medico-legale.

Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente

Articolo 5

Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini. A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile.

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.

COMMENTO

L'articolo si struttura in tre punti fondamentali. Il primo è (dovrebbe essere) scontato. I pediatri, tra l'altro, sono abituati a un approfondimento del contesto ambientale per lo meno in due situazioni: le allergie e le problematiche potenzialmente riconducibili all'ambiente familiare e sociale quali le difficoltà di apprendimento, i disturbi psicosomatici e, ovviamente, la trascuratezza e il maltrattamento. Certamente, sono meno abituati a considerare altri tipi di esposizione, ad esempio quella ad agenti chimici e fisici, né hanno sufficiente dimistichezza con le problematiche indotte da tali esposizioni in quanto il loro curricu-

Focus



lum di studi, almeno qui in Italia, non prevede una formazione specifica. Utile a questo proposito rinviare al volume dell'American Academy of Pediatrics, giunto ormai alla II edizione e intitolato: *Handbook of Pediatric Environmental Health*. Il gruppo di pediatri ACP facenti capo all'iniziativa "Pediatri per un mondo possibile" ha inoltre di recente elaborato un materiale formativo molto esauriente, che può senz'altro colmare gran parte di queste lacune. L'OMS ha fatto lo stesso con una serie di materiali in power point che possono essere reperiti sul sito dell'organizzazione. Tra queste uno schema di anamnesi ambientale per il pediatra.

Il secondo punto è senz'altro meno scontato e piuttosto innovativo. Si ritiene infatti che il medico sia "tenuto" a promuovere una cultura ambientale. L'affermazione è appropriata quanto non facilmente realizzabile da parte di chi non ha ricevuto alcuna formazione in merito e dovrà quindi attivarsi per farsene una. A questo proposito può ancora una volta essere, almeno in parte, di aiuto il materiale prodotto dai "Pediatri per un mondo possibile", anche se in questo caso il campo è alquanto più vasto in quanto include "l'utilizzo appropriato delle risorse naturali". Esiste una grande varietà di organizzazioni e relativi siti che possono fornire utili punti di riferimento e occasione di formazione, tra i quali ovviamente quelle delle organizzazioni ambientaliste, dal WWF a Legambiente e molti altri. In Italia esiste una molto attiva sezione dell'ISDE (*International Society Doctors for the*

Environment) che ha anche un suo sito e pubblica una newsletter periodica (www.isde.it) a cui vale senz'altro la pena di essere iscritti.

Infine, il terzo punto si spinge ancora più avanti e stabilisce che il medico "favorisce e partecipa" alle iniziative di prevenzione e promozione della salute individuale e collettiva. Se da una parte si ritorna a una vocazione originaria della professione, testimoniata da innumerevoli esempi di attività svolte da medici a favore della salute collettiva, non c'è dubbio che, soprattutto nel nostro Paese, non sia radicata una cultura che includa tra i compiti dei medici - se non di quelli che hanno specifici incarichi professionali quali i medici del lavoro o i medici dei dipartimenti di prevenzione - quello di promuovere iniziative sul piano collettivo. In questo caso è evidente che il compito, per essere svolto con qualche probabilità di efficacia, richiede che l'impegno sia condiviso da società scientifiche o gruppi di professionisti organizzati sul piano locale. Non mancano certo nella comunità pediatrica italiana esempi di attività di questo tipo svolte dalle società scientifiche e professionali (ACP, FIMP, SIP) soprattutto a livello locale. Tra le tematiche che negli ultimi anni sono state affrontate vi sono i programmi di prevenzione perinatale (altri-

menti noti come programma "6+1" nelle sue varie traduzioni regionali e locali), i programmi di promozione all'attività fisica e di una dieta sana. In questa direzione vanno segnalate le iniziative recentemente prese dal Ministero della Salute - Centro per il Controllo delle Malattie - con programmi nazionali affidati alle Regioni per la loro implementazione e che proprio nei pediatri trovano il loro interlocutore privilegiato.

Un'osservazione finale: questo ampliamento, necessario, delle funzioni del medico costituisce una motivazione ulteriore per concepire il futuro della medicina di famiglia come un futuro basato sulla medicina di gruppo e sull'interazione tra medici e altre figure professionali (vedi a questo proposito il progetto "Case della salute", promosso dall'attuale Ministro, On. Livia Turco). Senza dimenticare che anche gli ospedali hanno tra i propri compiti quelli di garantire un'adeguata informazione e promozione della salute e che le maternità, connesse ai percorsi nascita delle aziende territoriali, hanno su questi aspetti responsabilità rilevanti.

Giorgio Tamburini
Direttore Scientifico
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste
e-mail: tamburli@burlo.trieste.it

Qualità professionale e gestionale

Articolo 6

Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona, tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse. Il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure.

COMMENTO

L'articolo riassume ed esplicita in un solo enunciato i quattro principi dell'etica biomedica: beneficenza e non maleficenza (il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure), auto-

nomia (il medico agisce ... nel rispetto dell'autonomia della persona), e giustizia (il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione ...). Mi vorrei soffermare su quest'ultimo, per analizzarne le implicazioni.

Focus

La letteratura medica e di salute pubblica si arricchisce ogni giorno di articoli che descrivono e analizzano discriminazioni, disuguaglianze e iniquità riguardanti l'accesso, la disponibilità, l'uso e la qualità delle cure. Ovunque nel mondo si siano raccolti dati usando degli stratificatori di equità¹ dal reddito all'istruzione, dal genere al paese di nascita, dal luogo di residenza alla posizione sociale e lavorativa, è stata dimostrata l'esistenza, a volte sospettata solo da pochi, di disuguaglianze. Un libro uscito da poco² mostra con abbondanza di esempi e di riferimenti bibliografici come vi siano disuguaglianze e iniquità tra paesi e all'interno dei paesi, per la salute e per i determinanti di salute, compresi i servizi sanitari.

Sarebbe troppo lungo illustrare anche solo alcuni degli esempi riportati nel libro. Vale la pena, tuttavia, citare alcuni articoli da una casistica italiana che comincia ad essere numericamente importante (digitando "Italy AND inequalities" su Medline si ottengono oltre 2300 voci bibliografiche):

1. Salute: le regioni con bassi livelli di istruzione e di reddito hanno tassi di mortalità infantile all'incirca doppi rispetto alle regioni con alti livelli di istruzione e di reddito³;

2. Salute percepita: la probabilità di percepire la propria salute come non buona tra uomini e donne di 25-69 anni è tra 2 e 2,5 volte maggiore tra le persone con basso livello d'istruzione⁴;

3. Rischi per la salute: bambini di 7 anni di una regione del sud, figli di madri con basso livello di istruzione, hanno una maggiore prevalenza di sovrappeso rispetto ai figli di madri ben istruite⁵;

4. Stili di vita: gli studenti tra 11 e 17 anni di cinque regioni del sud hanno più probabilità di svolgere attività fisica al di fuori dell'orario scolastico se provengono da famiglie di classe sociale più elevata⁶;

5. Accesso e uso delle cure: individui HIV-positivi disoccupati tendono a presentarsi più tardi per il test e, in caso di test positivo, per le cure di cui hanno bisogno⁷;

6. Qualità delle cure: i ricoveri evitabili dopo una visita ambulatoriale sono più frequenti tra i bambini di famiglie con reddito medio-basso⁸.

Come può accadere tutto ciò in un paese dov'è tuttora vigente l'articolo 32 della costituzione (La Repubblica tutela

la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti), dotato di un sistema sanitario nazionale di tipo universalistico, e classificato dall'OMS al secondo posto tra tutti i paesi del mondo in termini di performance del sistema sanitario (ma al 47° in termini di giustizia per quanto riguarda il contributo finanziario degli assistiti)?⁹

Una parte della responsabilità spetta sicuramente al "sistema". Da oltre 25 anni l'ondata neoliberaista ("Il governo non è mai la soluzione; è il problema.") spinge i governi di tutto il mondo, compresi i vari governi italiani che si sono succeduti in questo periodo, a diminuire gli investimenti pubblici e a inserire elementi di efficienza e di mercato nei sistemi sociali e sanitari¹⁰. Il sottofinanziamento che ne consegue, accompagnato da privatizzazione, liberalizzazione e decentramento, porta ai razionamenti e alle esclusioni cui ormai ci siamo abituati, senza protestare, sia come cittadini che come medici. Non ci si stupisca se poi ci ritroviamo a dover contrastare disuguaglianze e iniquità, con poca probabilità di successo se continuiamo ad agire solamente sulle conseguenze (morte, malattia, disabilità, malessere) o sui determinanti prossimali (stili di vita, fattori di rischio biologici).

Ma c'è anche una responsabilità individuale, e l'articolo 6 del nuovo Codice di deontologia medica ci impedisce di nascondere sotto il tappeto. Potremo trattare un immigrato diversamente da come trattiamo un autoctono, indipendentemente dall'esistenza o meno di una legge che ci induca a farlo? Proporremo a chi se lo potrà permettere di accorciare una lista d'attesa rinviandolo al nostro ambulatorio privato, intra- o extra-mura che sia? Trascureremo un anziano ricoverato solo perché è povero e solo, e non è protetto da una famiglia o da un'associazione? Daremo indirizzo e telefono del nostro ambulatorio pediatrico privato alle mamme che dimettiano dopo il parto, invitandole a chiamarci e a far visitare il loro figlio a pagamento se sono scontente del loro pediatra di famiglia? Prescriveremo un farmaco più costoso, col rischio di danneggiare i meno abbienti, quando ce n'è uno che costa meno e ha la stessa efficacia?

Ma l'articolo 6 dice qualcosa di più:

"il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione ...". Non basta cioè "comportarsi bene" nell'espletamento delle proprie attività professionali, bisogna anche agire in quanto cittadini per difendere il diritto alla salute, l'articolo 32 della Costituzione, l'universalità del nostro sistema sanitario, e per contrastare qualsiasi riforma che possa produrre "discriminazione in campo sanitario". Sarà dura.

Adriano Cattaneo

Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari
e la Salute Internazionale
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste
e-mail: cattaneo@burlo.trieste.it

Bibliografia

1. Braveman PA. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *J Health Popul Nutr* 2003;21:181-92.
2. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. A caro prezzo: le disuguaglianze nella salute. Pisa: Edizioni ETS, 2006.
3. Bonati M, Campi R. Nascere e crescere oggi in Italia. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2005.
4. Kunst AE, Bos V, Lahelma E, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol* 2005;34:295-305
5. Valerio G, D'Amico O, Adinolfi M, Munciguerra A, D'Amico R, Franzese A. Determinants of weight gain in children from 7 to 10 years. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2006;16:272-8.
6. La Torre G, Masala D, De Vito E, Langiano E, Capelli G, Ricciardi W. Extra-curricular physical activity and socioeconomic status in Italian adolescents. *BMC Public Health* 2006;6:22.
7. Girardi E, Aloisi MS, Arici C, et al. Delayed presentation and late testing for HIV: demographic and behavioral risk factors in a multicenter study in Italy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;36:951-9.
8. Pirani M, Schifano P, Agabiti N, Davoli M, Caranci N, Perucci CA [Potentially avoidable hospitalisation in Bologna, 1997-2000: temporal trend and differences by income level]. *Epidemiol Prev* 2006;30:169-77.
9. World Health Organization. The World Health Report 2000: why do health systems matter? Geneva: World Health Organization, 2000.
10. Coburn D. Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Soc Sci Med* 2000;51:135-46.

Attività medico-legale

Articolo 62

L'esercizio dell'attività medico-legale è fondato sulla correttezza morale e sulla consapevolezza delle responsabilità etico-giuridiche e deontologiche che ne derivano e deve rifuggire da indebite suggestioni di ordine extratecnico e da ogni sorta di influenza e condizionamento. L'accettazione di un incarico deve essere subordinata alla sussistenza di un'adeguata competenza medico-legale e scientifica in modo da soddisfare le esigenze giuridiche attinenti al caso in esame, nel rispetto dei diritti della persona e delle norme del Codice di deontologia medica e preferibilmente supportata dalla relativa iscrizione allo specifico albo professionale.

In casi di particolare complessità clinica e in ambito di responsabilità professionale è doveroso che il medico legale richieda l'associazione con un collega di comprovata esperienza e competenza nella disciplina coinvolta.

Fermi restando gli obblighi di legge, il medico curante non può svolgere funzioni medico-legali di ufficio o di controparte nei casi nei quali sia intervenuto personalmente per ragioni di assistenza o di cura e nel caso in cui intrattenga un rapporto di lavoro dipendente con la struttura sanitaria coinvolta nella controversia giudiziaria.

La consulenza di parte deve tendere unicamente a interpretare le evidenze scientifiche disponibili pur nell'ottica dei patrocinati nel rispetto della oggettività e della dialettica scientifica nonché della prudenza nella valutazione relativa alla condotta dei soggetti coinvolti.

L'espletamento di prestazioni medico-legali non conformi alle disposizioni di cui ai commi precedenti costituisce, oltre che illecito sanzionato da norme di legge, una condotta lesiva del decoro professionale.

COMMENTO

L'ipotesi iniziale (vedi progetto su *Medico e Bambino* 2007;26:49) era di distinguere le prestazioni medico-legali specialistiche da quelle, pure a valenza medico-legale, proprie di qualunque medico anche non specialista (ad esempio, redazione di certificati, denunce, referti...).

L'articolo 62 della versione definitiva è, invece, riferito a ogni attività a contenuto medico-legale (il successivo articolo 63, pur rientrando nel medesimo capo IV, considera il particolare aspetto della cosiddetta "medicina fiscale"). Scompare così l'auspicata, specifica attenzione a quelle prestazioni che esigono una precisa competenza e metodologia specialistica e quindi anche (perlomeno) la specializzazione in medicina legale. In compenso l'estensione dei precetti deontologici anche alle prestazioni a contenuto medico-legale non specialistiche pone l'attenzione sulle responsabilità comuni anche al medico curante nel momento cui viene richiesto di svolgere tali attività.

L'articolo 62 è suddiviso in cinque commi, relativi alle principali implicanze deontologiche, cui fa seguito il richiamo alla responsabilità deontologico-disciplinare (e

non solo giuridica) che deriva dall'espletamento di attività medico-legali non conformi alle disposizioni di cui ai commi precedenti.

Commentiamo di seguito, in sintesi, i contenuti essenziali dei cinque commi, con particolare attenzione alle più rilevanti innovazioni.

1. Si evidenzia la responsabilità non solo etico-deontologica ma anche giuridica di chi esercita l'attività medico-legale, la cui rilevanza, anche sociale ed economica, tende non raramente a sfuggire a chi è abituato a considerare l'attività medica meramente per i profili diagnostico-terapeutici o, tutt'al più, riabilitativi. Opportuno appare il monito a mantenere le richieste valutazioni nell'ambito della competenza medico-biologica, nella realistica consapevolezza che proprio in sede di pareri medico-legali, talora, possono interferire pressioni (dall'esterno) o suggestioni (nelle modalità di approccio del professionista) non rispettose della specificità e dei limiti del contributo richiesto.

2. La personale verifica dell'effettiva competenza - sia clinico-scientifica sia valutativa - costituisce fondamentale dovere deontologico, da cui deriva anche l'obbligo di non accettare richieste di pareri che esuli-

no da tale competenza. Si richiama uno specifico "albo professionale" che peraltro non risulta istituito presso gli Ordini e che non può essere identificato con gli Albi dei Consulenti/Periti esistenti presso i Tribunali, la cui finalità è certamente diversa e la cui rilevanza, ai fini della verifica delle competenze, pressoché nulla.

3. Il comma è dedicato alle prestazioni nei casi più complessi e, giustamente, annovera tra esse quelle attinenti alle valutazioni in tema di ipotizzata responsabilità professionale. Da condividersi pienamente l'esigenza, anche di ordine deontologico, di un lavoro collegiale nel quale al medico legale si affianchi lo specialista della materia oggetto di esame. Si tratta di una innovazione di grande rilievo che deve ispirare il medico legale a chiederne (e ottenerne) l'attuazione da parte dell'autorità giudiziaria.

4. Giustamente si richiamano i criteri che ispirano le regole anche deontologiche in tema di possibile conflitto di interesse (al quale è dedicato l'articolo 30).

5. Il tema delle consulenze di parte costituisce argomento di grande rilevanza deontologica e giustamente è stato introdotto (per la prima volta) nel codice deontologico. Le richieste di esprimere pareri in conformità alle tesi di una parte non deve giustificare in alcun modo espressioni di carattere tecnico in contrasto con le evidenze scientifiche. Questo richiamo appare particolarmente ispirato dalla esigenza di una equilibrata valutazione nelle controversie relative a ipotesi di responsabilità dei professionisti sanitari e deve essere tenuto in considerazione sia nella valutazione del nesso causale tra la condotta del medico e il danno lamentato sia nella valutazione relativa alla condotta dei soggetti coinvolti. Non si tratta certo di indulgere in atteggiamenti di malintesa solidarietà corporativa ma piuttosto di affrontare con meditata prudenza e serietà scientifica questioni le cui possibili ripercussioni possono comportare conseguenze devastanti.

In ordine a quanto previsto dall'ultima parte dell'articolo in commento, è veramente auspicabile che l'attenzione alla corretta applicazione delle norme deontologiche sopra commentate si traduca in costante attenzione da parte degli ordini professionali e, se del caso, in concrete iniziative di carattere disciplinare.

Anna Aprile, Paolo Benciolini
Medicina legale, Università di Padova
e-mail: anna.aprile@unipd.it