

CECILIA ASCANI

*LE ORIGINI DELLA RESPONSABILITÀ MEDICA
NELLO SCENARIO INTERNAZIONALE FINO ALLA REDAZIONE
DEL CODICE DEONTOLOGICO*

SOMMARIO: 1. I primi casi di sperimentazione medica della storia. – 2. Il processo di Tokio. – 3. La Dichiarazione di Helsinki. – 4. Il codice deontologico e il giuramento di Ippocrate.

1. I primi casi di sperimentazione medica della storia

Il diritto alla salute trova collocazione tra i diritti fondamentali di rango costituzionale e rappresenta indubbiamente uno fra i più importanti diritti sociali, giacché a esso è strettamente legato il godimento di tutti gli altri diritti dell'individuo.

Al tempo stesso la salute rappresenta un diritto primario del singolo cittadino, nonché un interesse inderogabile della collettività. Tale imprescindibile premessa fornisce un primo spunto di riflessione nell'opera di censimento dello stato dell'arte in materia di responsabilità medica.

Nel corso del processo che si svolse a Norimberga all'indomani del secondo conflitto mondiale si parlò spesso di grave episodio che contrassegnò la rottura della fiducia che sia era instaurata tra gli individui e la classe medica. Negli anni che precedettero il conflitto e in costanza dello stesso, uomini e donne di ogni età ed estrazione sociale vennero utilizzati come cavie di laboratorio per il perseguimento dei più svariati interessi scientifici. Prendendo come (fasulli) punti di partenza lo studio di alcune malattie e il fine di trovarne una cura, gli esperimenti proseguirono verso strade oscure dettate dal regime nazionalsocialista, ossia i metodi più veloci di sterilizzazione delle razze impure, nonché l'osservazione delle reazioni del corpo a condizioni climatiche avverse cui avrebbero dovuto far fronte gli uomini dell'esercito di Hitler, al fine di poter studiare tecniche di primo soccorso o di miglioramento delle capacità di adattamento mediante allenamento.

L'assenza, al momento dei fatti, di un regolamento in materia di sperimentazione fece sì che i medici imputati percorsero principalmente questa

come linea difensiva, l'assenza di una normativa sul punto venne a loro beneficio utilizzata per giustificare azioni mosse da fini di ricerca.

Volgendo lo sguardo verso quel che tentarono di dimostrare i medici nazisti nel corso delle loro arringhe difensive, si comprende come i punti nodali furono:

1. la mancanza di standard universali di etica della ricerca umana nel momento in cui vennero eseguiti i loro esperimenti nei campi di sterminio;
2. la circostanza che le loro condotte erano state poste in essere sulla base della normativa vigente;
3. l'uso di detenuti come soggetti di ricerca era considerata una pratica generalmente accettata; la strada era stata in tal senso aperta da una delle nazioni che al momento sedeva al banco dell'accusa, ossia gli Stati Uniti, nella quale attualmente veniva ancora praticata;
4. le condizioni di tortura in cui vennero eseguiti gli esperimenti da parte dei medici erano stati l'effetto distruttivo della guerra in atto che aveva toccato gran parte degli Stati europei, in particolar modo la Germania¹.

Un'analisi onesta dei fatti ci consente di comprendere come dalla lettura dei documenti del Tribunale militare si arrivò all'approdo che le barbarie commesse dai medici nazisti all'interno dei campi di concentramento vennero poste in essere in una fase storica della scienza medica ove mancava un regolamento volto a disciplinare tali tipologie di attività e, peggio ancora, in un momento in cui vi era un uso piuttosto diffuso di impiego di alcune parti della popolazione, per così dire, maggiormente vulnerabili per esperimenti clinici decisamente pericolosi.

Come si vedrà meglio di seguito, gli esperimenti realizzati dai giapponesi sui prigionieri dei campi in Manciuria tra il 1935 e il 1946, fra cui civili in larga parte di origine cinese e prigionieri di guerra, furono sicuramente assimilabili a quelli eseguiti da medici tedeschi, non solo per quanto riguarda i tipi di soggetti utilizzati nelle pratiche di sperimentazione, ma anche per quel che concerne la portata e la brutalità delle esecuzioni.

Storicamente vi è traccia, ben prima di tale periodo, dell'attività di un chirurgo dell'esercito degli Stati Uniti che costruì una stazione di ricerca a Cuba nel 1900 e trovò i "volontari" di cui aveva bisogno per gli esperimenti

¹ H.H. FREYHOFER, *The Nuremberg Medical Trial: The Holocaust and the Origin of the Nuremberg Medical Code*, New York 2004.

sulla malaria grazie al ricorso alla compensazione monetaria dei partecipanti, questi vennero ricompensati con 100 \$ in oro e ulteriori 100 \$ per contrarre la malattia².

Richard Strong, un altro membro dell'U.S. Army, cercò di sviluppare diverse tipologie di vaccini contro una serie di malattie epidemiche. Anche in questo caso fu necessario utilizzare prigionieri come soggetti umani su larga scala. Durante il suo lavoro a Manila nel 1905, inoculò nei prigionieri condannati a morte culture di organismi della peste.

Non fu mai trovata alcuna indicazione in merito al loro stato di volontari o di soggetti che prestavano il proprio corpo per fini di sperimentazione medica dietro compensazione. Pochi anni dopo vennero convinti 29 condannati a morte a partecipare a un altro esperimento per trovare le cause della malattia cd. beri-beri dietro la promessa di distribuzione di sigarette in abbondanza e ogni altro genere di merce ivi compresi i sigari³.

Il medico tedesco Albert Moll compilò, probabilmente, l'elenco più completo di esperimenti umani eseguiti durante la fine del XIX secolo. L'elenco venne pubblicato nel 1901, una delle più recenti relazioni di Moll in merito alla ricerca sul vaiolo trattò in una nota l'esecuzione di un esperimento condotto per mezzo di iniezioni di linfa sterilizzanti sotto la pelle di bambini orfani.

Questi dati sono importanti nella misura in cui ci forniscono la testimonianza di ciò che è stato il concetto di "generalmente tollerato" nelle pratiche di sperimentazione medica e di come (nonostante l'ovvia considerazione che i crimini perpetrati dai medici nazisti costituirono pratiche che oltrepassarono i limiti di qualunque soglia di civiltà) i casi registrati furono numerosi sia prima che dopo i lavori del Tribunale Militare di Norimberga.

Quanto avvenne nei campi di concentramento rappresentò una così grave violazione dei diritti umani che il processo si concluse con la condanna della maggior parte degli imputati (sedici degli imputati furono riconosciuti colpevoli; sette ricevettero la pena di morte; sette vennero prosciolti, e dopo aver esaurito tutti i rimedi di impugnazione, il 2 giugno del 1948 si svolsero le esecuzioni degli imputati condannati alla pena capitale). Prima di tali accadimenti non si era mai pensato a un sistema di autoregolamenta-

² W.B. BEAN, *Walter Reed and Yellow Fever*, in *JAMA*, Vol. 249, N. 5, 1983, p. 659-662.

³ R.P. STRONG, B.C. CROWELL, *The Etiology of Beriberi*, in *The Philippine Journal of Science*, Vol. VII B, N. 4, 1912, p. 291.

zione per le pratiche mediche; a partire da questi fatti se ne avvertì più che mai la necessità di una sua elaborazione.

Quale reazione immediata ai fatti per i quali 23 medici nazisti vennero condannati si elaborò il cd. Codice di Norimberga che venne alla luce nel 1947 e che rappresentò il primo documento volto a regolamentare le sperimentazioni su uomo. I principi contenuti al suo interno furono elaborati da due medici consulenti del tribunale statunitense, Andrew C. Ivy e Leo Alexander, e sviluppati in dieci punti. Il primo e più importante, su cui si fonda tuttora la ricerca clinica quale presupposto indefettibile, è il consenso informato, ovvero la volontà e il consenso della persona coinvolta di partecipare a un determinato studio clinico⁴.

Il soggetto per accettare di partecipare alla sperimentazione deve essere adeguatamente informato e messo in grado di comprendere l'argomento in questione in modo da prendere una decisione quanto più possibile consapevole. Il fatto che nel codice non si faccia esplicitamente riferimento ai fatti emersi nel dibattito contro i medici nazisti ha privato, per certi aspetti, di forza giuridica il documento che ha comunque ispirato diverse leggi nazionali e documenti internazionali, volti a prevenire abusi della sperimentazione umana e a promuovere la dottrina del consenso informato.

2. Il processo di Tokio

L'Unità 731 è stata un'unità dell'esercito giapponese, fu attiva dal 1936 al 1945 in Manciuria (Cina nordorientale) principalmente nel campo di Ping Fang situato nel nord-est della città cinese di Harbin.

Agli ordini del generale Shirō Ishii (esperto batteriologo, ideatore, organizzatore e capo indiscusso dell'Unità 731), l'unità, ufficialmente destinata alla purificazione dell'acqua, fu incaricata di studiare e testare armi chimiche e biologiche, violando il protocollo di Ginevra che il Giappone aveva firmato nel 1925 ma ratificato solo nel 1970, anno in cui tali armi furono messe al bando.

Fra il 1942 e il 1945 migliaia di prigionieri soprattutto cinesi (donne e bambini inclusi), ma anche mongoli, coreani, russi, alcuni inglesi e americani catturati, furono usati come cavie in diversi esperimenti estremi.

La finalità di queste pratiche era duplice: testare armi batteriologiche da

⁴ G.J. ANNAS, M.A. GRODIN, *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code. Human Rights in Human Experimentation*, Oxford 1992, p. 245.

usare contro il nemico e sperimentare nuove tecniche terapeutiche sui prigionieri sottoposti a contagio per poter più efficacemente guarire i soldati giapponesi malati o feriti.

L'Unità fu responsabile di alcuni dei più gravi crimini di guerra commessi dai militari giapponesi.

A differenza di quanto accade per i medici nazisti, pochissimi membri dell'Unità, dopo la guerra, pagarono per i loro crimini: una decina furono processati nel 1949 da un tribunale sovietico.

Gli Stati Uniti, il cui programma di ricerca su armi chimiche e batteriologiche era cominciato solo nel 1943, recuperarono il tempo perduto acquisendo i risultati delle ricerche dell'Unità, permettendo in cambio a vari membri di tornare alla vita civile, spesso mettendo a frutto la professionalità ottenuta collaborando o con aziende farmaceutiche o con altre nazioni.

Quello dell'Unità 731 fu un programma segreto di ricerca e sviluppo di armi biologiche dell'esercito imperiale giapponese, che portò a esperimenti letali su esseri umani durante la Seconda guerra sino-giapponese (1937-1945) e la Seconda guerra mondiale (1939-1945).

Ufficialmente conosciuta dall'esercito Imperiale giapponese come il "Laboratorio di Ricerca e Prevenzione delle Epidemie" del Ministero Politico Kempeitai fu inizialmente instaurata come una sezione politica e ideologica della polizia militare Kempeitai. L'Unità, camuffata come un modulo di purificazione dell'acqua, operò tramite la propaganda politica giapponese e come un emblema ideologico del ramo politico dell'esercito chiamato Kodoha (Partito Bellico).

Circa 10.000 persone tra civili e militari, aventi origine cinese, coreana, mongola e russa, furono oggetto della sperimentazione diretta dall'Unità 731. Alcuni prigionieri di guerra statunitensi ed europei morirono ugualmente per mano dell'Unità 731. Secondo la maggior parte degli studiosi, il numero di cavie che furono coinvolte si aggira tra le 3.000 e le 12.000 unità, ma altri fra cui Sheldon Harris, docente di Storia presso la California State University e autore del testo di riferimento sull'argomento, sostengono che il numero di vittime (infettate) si possa spingere fino alle 200.000 unità⁵.

L'Unità 731 fu uno dei molti distaccamenti della ricerca giapponese sugli agenti biologici per la guerra. Molti tra gli scienziati implicati nell'Unità

⁵ S.H. HARRIS, *Factories of Death: Japanese Biological Warfare, 1932-45 and the American Cover-Up*², New York 2002.

731 continuarono la loro carriera in politica, istruzione, attività economiche e medicina. Alcuni furono arrestati dalle forze sovietiche e processati durante il processo per i crimini di guerra di Chabarovsk; ad altri che si arresero agli statunitensi, fu accordata l'amnistia in cambio di accedere alle informazioni raccolte da essi.

Per via della loro brutalità, le azioni dell'Unità 731 furono denunciate all'ONU come crimini di guerra. Nel 1932, il generale Shirō Ishii fu posto al comando del Laboratorio di sperimentazione dell'esercito per la prevenzione epidemica. Lui e i suoi uomini costruirono il campo dei prigionieri Zhong Ma (il cui edificio principale era conosciuto localmente come la Fortezza Zhongma), una prigione sperimentale ubicata nel villaggio di Beinho, a 100 chilometri a sud di Harbin, sulla Ferrovia della Manciuria meridionale. Ishii organizzò un gruppo segreto di ricerca, la cosiddetta "Unità Togo", per il coordinamento degli studi chimici e biologici.

Un progetto speciale con il nome in codice di "Maruta" utilizzò esseri umani per effettuare esperimenti. I soggetti furono raccolti all'interno della popolazione locale e, in alcuni casi, chiamati eufemisticamente come "pezzi di legno". Questo termine, originato da una battuta cinica da parte del personale, era dovuto al fatto che le informazioni ufficiali riguardanti lo stabilimento indicavano il luogo come sede di una segheria. Tra i soggetti sottoposti a esperimenti vi erano bambini, anziani e donne gravide. Molti esperimenti e dissezioni furono realizzati senza l'uso di anestetici; perché si credeva che potessero influire sui risultati o perché considerati non necessari, in quanto i soggetti erano legati.

I prigionieri di guerra furono sottoposti a vivisezione senza anestesia⁶, questa venne eseguita su prigionieri infettati da diverse malattie. Gli scienziati effettuarono interventi chirurgici sui prigionieri, eliminando alcuni organi per studiare gli effetti delle malattie sul corpo umano.

Furono eseguite diverse sperimentazioni mentre i pazienti erano ancora vivi, ciò in quanto si riteneva che il processo di decomposizione avrebbe alterato i risultati⁷. Tra le persone infettate e sottoposte a vivisezione si trovavano uomini, donne, bambini neonati⁸; le vivisezioni furono effettuate anche su donne gravide, spesso rese tali dagli stessi medici. Furono, altresì,

⁶ R.L. PARRY, *Dissect them alive: order not to be disobeyed*, Times Online, 2007 (<https://www.thetimes.co.uk>).

⁷ N.D. KRISTOF, *Unmasking Horror. A special report; Japan Confronting Gruesome War Atrocity*, New York Times, 1995.

⁸ J. DOWER, *Embracing Defeat: Japan in the Wake of World War II*, New York 1999, p. 583.

svolti esperimenti sul congelamento con successiva amputazione o scongelamento per analizzare gli effetti della gangrena risultanti senza trattamento, come anche esperimenti di escissione dello stomaco, fegato, polmoni o altri organi.

Bersagli umani vennero utilizzati per provare granate poste a varia distanza e in posizioni differenti⁹, su altri vennero testati dei lanciafiamme e alcuni infettati con sieri contaminati con agenti patogeni, per studiare i loro effetti.

Per valutare la ripercussione delle malattie veneree in assenza di trattamento, i prigionieri furono deliberatamente infettati con sifilide e gonorrea e successivamente studiati.

L'Unità 731 e le sue unità affiliate superarono la fase di prova delle armi biologiche e portarono a termine attacchi biologici contro la popolazione cinese (tanto civili quanto soldati) durante la Seconda guerra mondiale. Tutto ciò produsse l'epidemia di peste bubbonica che uccise migliaia di civili cinesi.

Alcuni prigionieri furono posti in camere ove si creava il vuoto fino alla morte, mentre altri esperimenti furono realizzati per definire la relazione tra temperatura, ustioni da freddo e sopravvivenza umana, analogamente a quanto avvenne nei campi di concentramento per mano dei medici nazisti. Le operazioni e gli esperimenti continuarono fino alla fine della guerra.

Dopo che il Giappone si arrese agli alleati nel 1945, Douglas MacArthur divenne comandante supremo delle forze alleate, sovrintendendo alla ricostruzione del Giappone durante l'occupazione Alleata.

A differenza di quanto avvenne per i medici nazisti, gli Stati Uniti crederono che i dati degli esperimenti avessero valore. Come conseguenza non processarono o condannarono mai pubblicamente tali esperimenti umani, preoccupati invece che anche altre nazioni, come l'Unione Sovietica, potessero acquisire i dati sulle armi biologiche¹⁰.

Il tribunale penale militare per i crimini di guerra di Tokyo aveva appreso soltanto un riferimento degli esperimenti giapponesi con "sieri infetti" su civili cinesi; questo accadeva nell'agosto del 1946 e fu denunciato da David Sutton, aiutante del pubblico ministero cinese.

Il consigliere giapponese della difesa Michael Levin argomentò che l'accusa era vaga e senza dati, fu così annullata dal presidente del tribunale

⁹ H. BIX, *Hirohito and the making of modern Japan*, New York 2000.

¹⁰ B.V.A. RÖLING, C.F. RÜTER (a cura di), *The Tokyo judgement: The International Military Tribunal for the Far East, 29 April 1946-12 November 1948*, 1, Amsterdam 1977, p. 478.

William Webb, per carenza di prove. La questione non fu ulteriormente analizzata da Sutton, che era probabilmente a conoscenza delle attività dello squadrone dell'Unità 731.

Sebbene “silenziato” pubblicamente, nell'incidente del processo di Tokyo, l'Unione sovietica diede seguito al caso e processò 12 leader e scienziati dell'Unità 731 e delle sue unità affiliate: l'Unità 1644, a Nanchino, l'Unità 100 a Changchun nel processo per i crimini di guerra di Chabarovsk.

3. La Dichiarazione di Helsinki

Con la Dichiarazione di Helsinki del 1964 elaborata dall'Associazione Medica Mondiale (*World Medical Association, WMA*) nacque uno dei documenti cardine dei principi etici della ricerca clinica, incorporato poi nelle singole legislazioni nazionali.

La Dichiarazione recepiva e ampliava i punti del Codice di Norimberga, tra i quali venne mantenuto il principio del consenso informato, mentre venne per la prima volta introdotta la necessità che i protocolli di ricerca clinica e le procedure per ottenere il consenso venissero esaminate da comitati etici indipendenti operanti all'interno delle stesse istituzioni in cui vengono condotte le ricerche. Fermo restando l'impianto iniziale elaborato sin da Norimberga, il documento vide così un arricchimento sotto il punto di vista dei principi cardine, nonché dell'apparato volto a vigilare sulla loro corretta messa in pratica.

In essa venne enunciato un nucleo fondamentale di principi generali e nel far ciò sviluppò i primi dieci principi indicati nel Codice di Norimberga, riportandoli nella Dichiarazione di Ginevra dell'Associazione Medica Mondiale del 1948. Ciò doveva fornire una sorta di bussola per i sanitari impegnati in ogni settore della medicina e in particolare in quello della ricerca:

- rispetto dell'individuo (articolo 8);
- diritto di autodeterminazione e il loro diritto a prendere una decisione dopo adeguata spiegazione (articoli 20, 21 e 22) per quanto riguarda la partecipazione alla ricerca, sia inizialmente che durante il corso della ricerca stessa;
- dovere del ricercatore di salvaguardare la salute del paziente (articoli 2, 3 e 10) o del volontario (articoli 16, 18);
- scopi perseguiti della ricerca (articolo 6);
- precedenza sempre del benessere del soggetto sugli interessi della società (articolo 5);

- prioritaria importanza delle considerazioni etiche rispetto alle leggi o ai regolamenti (articolo 9);
- riconoscimento che una crescente vulnerabilità dell'individuo e di gruppi obbliga a una speciale vigilanza (articolo 8);
- riconoscere che quando il soggetto partecipante alla ricerca è incompetente, incapace fisicamente o mentalmente di dare un consenso informato, o è minore (articoli 23 o 24), il permesso dovrebbe essere considerato per consenso surrogato da una persona che agisce per il miglior interesse del soggetto.

La Dichiarazione fu soggetta a numerosi interventi di revisione nel corso degli anni, nel fare questo si volle quanto più riflettere i cambiamenti che nella pratica medica della sperimentazione umana stavano avvenendo. Un evidente cambiamento rispetto a Norimberga fu il mitigare le condizioni per il consenso, assolutamente essenziali e restrittive nel codice del 1947.

4. Il codice deontologico e il giuramento di Ippocrate

La redazione del Codice di Deontologia Medica nasce dall'esigenza di disciplinare la condotta del medico all'interno della relazione di cura. Il rapporto tra medico e paziente, infatti, soffre di storicità, ed è stato caratterizzato da una forte evoluzione, specie nell'arco degli ultimi cinquant'anni. A detta evoluzione si è accompagnato un necessario aggiornamento delle norme deontologiche sottese all'agire terapeutico.

Fu la medicina di osservazione introdotta da Ippocrate a far sorgere l'esigenza di una formalizzazione delle norme comportamentali del medico; era necessario un codice che indicasse cosa fare e come comportarsi nei confronti del paziente, ma anche dei colleghi, dei maestri e della società ampiamente intesa.

In questo senso, il Giuramento di Ippocrate può essere considerato il progenitore dei moderni codici deontologici, per quanto occorra specificare che la funzione del Giuramento fosse eminentemente pratica; la sua sottoscrizione, infatti, consentiva l'ingresso all'interno della classe medica.

Oggi, invece, l'osservanza delle regole imposte dal codice deontologico si pone come condizione necessaria per il corretto esercizio della professione; e, come si vedrà più avanti, eventuali inadempienze possono risultare nella comminazione di sanzioni più o meno pesanti a seconda della fattispecie in atto, e finanche, in ultima istanza, alla radiazione dall'albo professionale.

La *ratio* del codice consiste nella volontà di individuare regole di comportamento atte a disciplinare l'agire medico, e che possano circoscriverlo all'interno di un campo ben delimitato, oltre i cui confini la relazione terapeutica è, talora irrimediabilmente, compromessa.

Di conseguenza, il codice deontologico, in un'accezione generica, può essere definito come l'insieme dei principi e delle norme che ogni professionista è tenuto a osservare, pena la possibilità di incorrere in provvedimenti disciplinari e/o in sanzioni civili o amministrative; più raramente accade che l'infrazione di una norma deontologica possa coincidere con un illecito penale, come nel caso dell'omicidio preterintenzionale.

Il codice deontologico è quindi un corpo di regole, liberamente e democraticamente scelte dai medici, alle quali gli stessi devono uniformare il comportamento professionale.

Il codice deontologico non rappresenta una fonte primaria di diritto ma ha carattere extra-giuridico, impegnando altresì i membri del gruppo professionale al suo rispetto mediante un giuramento¹¹ contestuale all'iscrizione all'ordine.

Il giuramento professionale evidenzia alcuni principi etici e regole deontologiche fondamentali, circa alcuni impegni che il medico assume, in

¹¹ «Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro: – di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento; – di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale; – di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente; di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana, contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze; – di prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza secondo scienza e coscienza e osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione; – di affidare la mia reputazione esclusivamente alla mia capacità professionale e alle mie doti morali; – di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il prestigio e la dignità della categoria; – di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni; – di curare tutti i miei pazienti con eguale scrupolo ed impegno indipendentemente dai sentimenti che essi mi ispirano e prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica; – di prestare assistenza d'urgenza a qualsiasi infermo che ne abbia bisogno e di mettermi, in caso di pubblica calamità, a disposizione dell'Autorità competente; – di rispettare e facilitare in ogni caso il diritto del malato alla libera scelta del suo medico, tenuto conto che il rapporto tra medico e paziente è fondato sulla fiducia e in ogni caso sul reciproco rispetto; – di osservare il segreto su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato».

particolare di esercitare la professione in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento; di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirare con responsabilità e impegno scientifico, culturale sociale, ogni atto professionale; di non compiere atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente; di attenersi ai principi etici della solidarietà umana; di prestare l'opera con diligenza, perizia e prudenza; di rispettare e facilitare il diritto del malato alla libera scelta del suo medico; di astenersi dall'accanimento diagnostico e terapeutico.

Come scrive G. Iadecola¹² il codice deontologico rappresenta un complesso composto di principi, che si alimenta certo di tradizioni e consuetudini, ma anche e soprattutto di regole etiche e di bioetica, di norme e di regolamenti interni professionali, di morale professionale, e che inevitabilmente risente, sia di principi generali che di disposizioni particolari dell'ordinamento giuridico: se in passato potevano trascorrere decenni tra un codice e l'altro, attualmente, in conseguenza del fenomeno della c.d. accelerazione della storia, le regole vanno riviste e aggiornate continuamente.

Lo sviluppo di medicina e biotecnologie ha dischiuso, infatti, orizzonti problematici, che non riguardano solamente la ristretta cerchia di quanti si occupano di bioetica: medici e giuristi, nel loro quotidiano impegno professionale si trovano ad affrontare questioni continuamente nuove e complesse, che mettono in gioco competenza, emozioni e responsabilità.

La deontologia medica, come traspare dall'analisi fin qui svolta, è dunque la dottrina che contempla le essenziali regole di comportamento cui il medico è tenuto ad attenersi in ottemperanza all'ordinamento giuridico-sociale, informando la propria condotta professionale al rispetto dei fondamentali diritti personali e delle norme relazionali tra medicina e società, curando correttamente e coscientemente l'armonia tra buona condotta tecnica e rispetto del paziente¹³.

L'organismo rappresentativo incaricato della formazione, della salvaguardia e della ricerca per quanto concerne la deontologia professionale è, a livello nazionale, la Federazione Nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO). La classe medica riconosce, peraltro,

¹² G. IADECOLA, *Il nuovo codice di deontologia medica*, Padova 1996.

¹³ M. BAENI, *Diritti - doveri - responsabilità del medico. Dalla bioetica al biodiritto*, Milano 1999, p. 40-41.

agli Ordini (gli albi sono separati, per medici e odontoiatri) l'espressione dell'autogoverno etico-disciplinare, la potestà di stabilire le regole fondamentali dell'esercizio professionale e di esercitare il potere disciplinare¹⁴.

La giurisprudenza si è pronunciata ampiamente a favore dell'azione disciplinare degli Ordini, la Cassazione stessa ha confermato l'autonomia dell'ordine professionale cui spetta anche l'interpretazione e l'applicazione delle norme di etica professionale.

Il codice deontologico individua, quindi, delle norme di comportamento, cui il professionista, in questo caso il medico, è tenuto ad attenersi.

Nella fattispecie, è possibile individuare una serie di doveri positivi e negativi, che circoscrivono l'agire medico all'interno di un campo di legittimità ben delimitato.

In questo senso, i termini positivo e negativo vanno intesi nella loro accezione giuridica, e non valutativa; non sono espressione di un giudizio morale, bensì indicano il dovere di compiere o di non compiere una data azione. I contenuti sostanziali delle norme di deontologia medica, aggiornati allo stato dell'arte, possono dunque essere riassunti come segue.

I doveri positivi sono:

1) conoscenza e osservanza delle norme deontologiche. Com'è facilmente intuibile, questo assunto costituisce il presupposto fondamentale della deontologia medica. Vale, dunque, l'antico principio giuridico per cui la mancata conoscenza della legge non assolve il reo dall'illecito commesso, come espresso dall'antico brocardo "*ignorantia legis non excusat*";

2) tutela della vita, tutela della salute, sollievo dalla sofferenza. La salute corrisponde a uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non alla semplice assenza di malattia;

3) uso appropriato delle risorse disponibili. Il riferimento è all'esigenza di conciliare una buona pratica medica con un uso equo e oculato delle risorse disponibili, laddove col termine risorse si indica l'insieme di tutti gli strumenti tecnici necessari all'esercizio della professione medica, ma anche il budget economico di cui l'azienda sanitaria dispone;

¹⁴ Si vedano gli artt. 3, lett. f, del D.L. 233/1946 e 38 del D.P.R. 221/1950, che stabiliscono che i medici colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione o di fatti comunque disdicevoli al decoro professionale sono soggetti al potere disciplinare degli Ordini, riconoscendo dunque la massima ampiezza del potere disciplinare degli Ordini stessi non solo nel momento repressivo, vale a dire il momento disciplinare, ma pure in quello normativo, cioè nell'indicazione delle regole di comportamento.

4) prestazione di cure d'urgenza. Si tratta del c.d. dovere di intervento. L'obbligo – o il dovere – è di fornire cure tempestive ed efficaci a soggetti che si trovino in immediato pericolo di vita¹⁵;

5) segreto professionale. Si intende l'obbligo relativo al segreto professionale e il dovere alla riservatezza dei dati personali. I due vincoli non possono essere visti come disgiunti, l'obbligo di non diffondere informazioni strettamente confidenziali, relative allo stato di salute del paziente, è inevitabilmente connesso al divieto di trasmissione, condivisione o pubblicazione dei dati personali, specie se relativi alla sfera intima dell'interessato;

6) dovere all'informazione chiara, completa e diretta. Si tratta di un obbligo che può essere inteso in un duplice senso. Da un lato, esso fa riferimento allo specifico dovere del medico, all'interno della relazione terapeutica, di informare compiutamente il paziente in relazione alle sue condizioni cliniche; dall'altro, si fa riferimento alla qualità dell'informazione sanitaria al cittadino, che deve essere obiettiva, veritiera, corredata da dati oggettivi e controllabili nonché autorizzata dall'Ordine competente per territorio. Il fine, in entrambi i casi, è di consentire al cittadino di compiere una scelta libera, autonoma e volontaria, sia per quanto concerne l'atto terapeutico per cui gli è richiesto il consenso, sia riguardo la scelta del medico curante e delle terapie che dovessero rendersi eventualmente necessarie;

7) sviluppo continuo di conoscenze e competenze, o aggiornamento professionale. Si fa riferimento al dovere di aggiornamento delle proprie competenze, che obbliga ogni medico e ogni esercente la professione sanitaria a conformare il proprio agire allo stato dell'arte¹⁶;

8) assistenza al malato inguaribile e rispetto delle volontà del paziente. Riguarda il dovere di prestare assistenza medica al malato a prognosi infausta, o con definitiva compromissione dello stato di coscienza;

9) obbligo di certificare. Il nuovo Codice include, nel certificato obbli-

¹⁵ Una delle fattispecie in cui è doveroso tenere conto di questo principio è il caso dell'aborto d'urgenza, in cui il medico, anche se obiettore, è tenuto a intervenire attivamente al fine di portare a termine l'interruzione di gravidanza. Diversamente, in questo e in casi analoghi, sul soggetto ricade la cd. colpa medica per omissione.

¹⁶ A tal fine è stato istituito, in Italia, il cd. programma ECM (Educazione Continua in Medicina), attivo nel nostro Paese dal 2002; detto programma si articola in una serie di corsi, atti a potenziare ed aggiornare le competenze teoriche, pratiche e comunicative di tutti i professionisti della Sanità. Il programma ECM è internazionalmente riconosciuto, ed è obbligatorio in buona parte dei Paesi del mondo.

gatorio, anche i dati anamnestici del paziente, ovvero relativi alla sua storia clinica e personale;

10) tutela dei soggetti fragili. È sancito il dovere del medico di tutelare il miglior interesse del paziente minore e/o incapace. Da un lato, il medico ha il dovere di vigilare sulle condizioni di vita e di salute del soggetto fragile, tutelandolo da eventuali trattamenti discriminatori e/o lesivi della dignità umana. Dall'altro, il medico è tenuto a porre in essere, nei casi e nelle forme previsti dalla legge (cfr. legge 180/1978, cd. "legge Basaglia"), trattamenti sanitari obbligatori, volti a tutelare la sicurezza e la salute del paziente minore o incapace;

11) rispetto della libera e autonoma volontà del cittadino. Il medico ha l'obbligo di tenere in debita considerazione tanto le direttive anticipate di trattamento quanto il consenso all'atto medico, entrambi espressi e documentati dal paziente nelle diverse fasi della relazione terapeutica;

12) informazione preventiva al cittadino del proprio onorario professionale. Si riconosce al cittadino il diritto di scegliere liberamente il medico e il luogo di cura. Il cittadino, infatti, può compiere una libera scelta solo se in possesso di tutte le informazioni necessarie, ivi inclusa la spesa economica da sostenere per le proprie cure. Da cui l'obbligo, per il medico, di rendere noto il proprio onorario al paziente prima che la relazione terapeutica abbia inizio;

13) esercitare compiutamente il dovere di supplenza. All'interno dei Codici questo obbligo è indicato nella sezione relativa ai rapporti tra colleghi, tuttavia, i suoi effetti si ripercuotono direttamente sulla salute, sulla vita e sulla sicurezza del paziente. Da cui consegue l'ulteriore dovere, per il medico, di collaborare attivamente e proficuamente con il proprio Ordine professionale, un dovere di cui l'obbligo di supplenza, inteso come passaggio di informazioni cliniche, costituisce un caso particolare;

14) fornire supporto in tutte le fasi del recupero dalla tossicodipendenza, ivi incluso il reintegro sociale del soggetto coinvolto. Il medico ha il dovere di cooperare con le strutture sanitarie e sociali, nonché con le famiglie degli interessati, per favorire il reintegro sociale dei soggetti ex tossicodipendenti. Egli ha altresì il dovere di impegnarsi in iniziative di prevenzione atte a limitare l'insorgenza di nuovi casi di tossicodipendenza;

15) in caso di nomina a direttore sanitario, garantire il rispetto del Codice. Il direttore sanitario si fa garante del rispetto del Codice, talora rispondendo di eventuali inadempienze compiute dai suoi dipendenti, secondo le norme che disciplinano la responsabilità indiretta; ovvero, in tutte le fattispecie che escludano la responsabilità diretta dei dipendenti per gli atti

compiuti. Il direttore sanitario ha il compito di vigilare affinché vi sia cooperazione tra i dipendenti, prevenendo ed evitando ogni forma di disparità di trattamento sul luogo di lavoro.

I doveri negativi sono:

1) astensione dall'accanimento terapeutico. Nonostante in Italia ogni forma di eutanasia debba ritenersi illegale, un passo in avanti verso il rispetto della volontà libera e autonoma del paziente è stato fatto istituendo il dovere di astenersi da quelle pratiche da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato, nonché le ultime revisioni del legislatore che hanno aperto nuovi scenari di scelta per l'individuo;

2) astensione da obblighi e impegni che non si è in grado di mantenere, ovvero dal sovraccarico di lavoro. Il medico è tenuto a garantire sempre all'utenza il più alto livello qualitativo possibile delle prestazioni di cura. A tal fine, egli non dovrà assumere impegni che vadano al di là delle proprie specifiche competenze, né oberarsi di lavoro;

3) astensione dal conflitto di interesse. È fatto divieto al medico di subordinare l'interesse del paziente a vantaggi personali, economici o di altra natura. Attualmente, il sistema giuridico italiano non presenta una legge precisa e chiara sul conflitto di interessi, che di conseguenza resta, allo stato dell'arte, un vincolo meramente deontologico;

4) astensione da comparaggio e patrocinio. Si vieta ogni forma di comparaggio¹⁷ e di patrocinio nell'esercizio della professione medica;

5) astensione dall'intervento sul genoma umano. L'intervento sul genoma umano è da considerarsi legittimo solo se abbia come fine ultimo la correzione di condizioni patologiche. Il soggetto destinatario di tale operazione deve essere preventivamente informato sui rischi connessi all'operazione

¹⁷ Intendendosi per comparaggio la pratica che il medico pone in essere nel momento in cui accetti di promuovere la prescrizione di certi farmaci piuttosto che di altri, o addirittura la prescrizione non necessaria di un dato farmaco, in cambio di favori personali da parte delle aziende produttrici del farmaco stesso. In Italia il comparaggio è un reato, come previsto dal decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, che all'art. 147, comma 5 stabilisce che: "Chiunque, in violazione dell'articolo 123, comma 1, concede, offre o promette premi, vantaggi pecuniari o in natura, è punito con l'arresto fino ad un anno e con l'ammenda da quattrocento euro a mille euro. Le stesse pene si applicano al medico e al farmacista che, in violazione dell'articolo 123, comma 3, sollecitano o accettano incentivi vietati. Il comparaggio è dunque punibile per mezzo di una sanzione amministrativa".

stessa e deve fornire il proprio consenso scritto al trattamento. Si specifica anche che l'intervento sul genoma è da considerarsi legittimo qualora sia rivolto alla ricerca di nuovi trattamenti diagnostico-terapeutici appropriati ed efficaci, allargando quindi il campo d'azione non solo agli interventi di cura ma anche ai fini di ricerca;

6) astensione dalla messa in atto di tecniche e metodologie non previste dalla legge, ovvero dalla promozione di pratiche e terapie prive di evidenza scientifica. Si istituisce un vincolo per il medico, che in effetti si rivela essere al tempo stesso un vincolo per il paziente. Trattasi delle norme relative alla prescrizione di trattamenti che, allo stato dell'arte, non possano dirsi di comprovata efficacia in base alle evidenze scientifiche disponibili. Ciò implica che una presunta terapia di questo genere non solo non può essere prescritta dal medico, ma nemmeno pretesa dal cittadino, la cui domanda di salute non si estende a tal punto da consentire la somministrazione di interventi terapeutici, di natura farmacologica o meno, che non siano ancora stati approvati dalla comunità scientifica.

Ogni edizione del Codice Deontologico Medico si chiude con una disposizione finale, in cui è fatto obbligo agli iscritti all'Albo di recepire e mettere in atto le norme prescritte.

La domanda di salute si evolve nel tempo, e segue gli sviluppi della scienza e della tecnica, che offrono alternative diagnostiche e terapeutiche sempre nuove. Ne consegue che le norme disciplinanti l'accesso alle cure, i modi e i tempi della relazione terapeutica, i doveri del medico in ambito professionale necessitano anch'esse di essere sottoposte a regolare aggiornamento.