



**CENTRO STUDI FIMMG-ROMA
-- Collana Monografica -**

**LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

A cura del Dott. Pasquale Riggio – Responsabile Centro Studi

Roma – Settembre 2002

INDICE

-	PREFAZIONE	1
-	LA RESPONSABILITA' GIURIDICA	
	La qualifica giuridica.	7
	I principali doveri professionall.	10
-	LA RESPONSABILITA' CIVILE	
	Il m.m.g. ed il diritto civile.	12
-	LA RESPONSABILITA' PENALE	
	Il m.m.g. ed il diritto penale.	18
-	LA RESPONSABILITÀ DISCIPLINARE O DEONTOLOGICA	
	1. L'Ordine Professionale.	22
	2. La Deontologia medica.	27
	3. Il Codice Deontologico.	28
-	LA RESPONSABILITA' CONVENZIONALE	
	1. Il m.m.g. e l'Accordo Collettivo Nazionale.	53
	2. I compiti del m.m.g..	55
	3. Conclusioni.	70
-	NOTE BIBLIOGRAFICHE	73
-	FONTI NORMATIVE	76

PREFAZIONE

Questa monografia trae lo spunto dalle numerose richieste pervenute al Centro Studi da parte di colleghi, specie dopo un recente episodio, verificatosi nella nostra Regione, di cui si sono occupati con molto rilievo i mezzi di comunicazione di massa e che ha coinvolto l'opinione pubblica nazionale e regionale: un medico, nostro iscritto, è stato accusato ingiustamente e, direi, improvvidamente dalle autorità regionali di aver assistito un paziente affetto da importante pluripatologia senza rispettare le regole dell'appropriatezza nella prescrizione dei farmaci e delle indagini specialistiche.

I medici sono preoccupati per l'incremento del contenzioso giudiziario e disciplinare verificatosi negli ultimi anni per loro vere o presunte responsabilità. Il fenomeno è tale che rende il medico sempre più preoccupato e desideroso di ricevere suggerimenti che possono giovargli nello svolgimento della sua professione; questo è lo scopo principale del nostro elaborato.

Senza avere la presunzione di essere stato esauriente ho cercato di dare una risposta più da medico che da giurista, premettendo all'elaborato alcune considerazioni di carattere generale nella speranza di dare ai medici di famiglia indicazioni utili per la loro quotidiana attività professionale.

Prima considerazione: definizione e tipologia della responsabilità professionale del m.m.g.. **Per responsabilità** deve intendersi l'effetto di un comportamento giuridico considerato in relazione ad un determinato rapporto o a una determinata norma; è la condizione in cui si trova un soggetto che deve rendere ragione delle proprie azioni nei confronti dell'ordinamento giuridico o professionale quando da queste azioni derivano comportamenti ritenuti lesivi di interessi tutelati (Enc. It. Treccani).

La responsabilità è da considerarsi, dunque, l'onere giuridico o morale derivante dai propri atti durante l'esercizio dell'attività professionale.

Il m.m.g. può essere soggetto a diverse forme di responsabilità professionale ed il suo comportamento può determinare, contemporaneamente, diversi tipi di responsabilità:

La responsabilità civile per il danno derivante da un atto illecito verso il paziente (responsabilità contrattuale) o dalla violazione del principio "neminem ledere" (responsabilità extracontrattuale o aquiliana) di cui all'art. 2043 c.c. "qualunque fatto doloso o colposo che cagioni un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno".

La responsabilità penale per la violazione di una norma costituente reato (commissivo od omissivo) che comporta l'applicazione di una sanzione.

La responsabilità disciplinare che riguarda i soggetti che violano i doveri derivanti dall'appartenere ad un ordinamento particolare dotato di proprie regole (per il medico l'iscrizione all'Ordine professionale con l'obbligo di rispetto del Codice Deontologico).

La responsabilità convenzionale propria del m.m.g., in quanto medico del S.S.N., per la violazione delle norme convenzionali di cui al D.P.R. 270/2000.

Nell'elaborato non è stata volutamente presa in considerazione la **responsabilità amministrativa** cui sono soggetti soltanto i medici legati da un rapporto di lavoro dipendente "la subordinazione" con lo Stato o altro Ente pubblico; non rientra nella fattispecie la figura del m.m.g., che, giuridicamente, è soggetto al cosiddetto rapporto di "parasubordinazione".

Seconda considerazione è il perché del deterioramento del rapporto medico/paziente con conseguente aumento del contenzioso. A mio parere, anche se una recente indagine di livello nazionale pone il m.m.g. al primo posto tra le figure mediche più accettate dai cittadini, l'indebolimento del rapporto medico/paziente è alla base di tutte le situazioni di insoddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie.

Il paziente, tradizionalmente incline al rispetto ed alla fiducia nei confronti del medico, oggi, ricorre, sempre più frequentemente, anche nell'ambito della medicina generale ed in rapporto ad una supposta crescente "*malpratica*", alla magistratura per vedere rispettati i suoi diritti.

Il rapporto medico-paziente, anche nell'ambito della medicina generale, vive, oggi, un preoccupante fenomeno, caratterizzato da un lato da un sentimento positivo per l'opera svolta dal medico nel mantenimento della salute e nel prolungamento della vita, dall'altro da un sentimento negativo per l'eventuale insuccesso medico e per il danno attribuito, sempre più spesso, all'azione del medico conseguente all'uso (spesso abuso) delle molteplici innovazioni tecnologiche, diagnostiche e terapeutiche. È questa una nuova patologia: "*la patologia iatrogena*", causata dall'impiego delle nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche, ancor più dall'uso dei nuovi e più potenti farmaci, con i loro effetti collaterali spesso abnormi, a disposizione del medico ed a volte incongruamente utilizzati e non sempre indispensabili. È ormai statisticamente documentato che i danni causati dall'uso dei prodotti farmaceutici superano quelli provocati dalle nuove tecniche diagnostiche invasive e dalla chirurgia.

Negli ultimi decenni, le conoscenze scientifiche hanno compiuto importanti progressi, quanto non era successo nei secoli precedenti, con reali possibilità di cura e, in molti casi, di salvezza della vita.

La pratica della medicina, però, non è una scienza esatta: se da un lato esistono malattie gravi suscettibili di evoluzione favorevole, dall'altro esistono casi ineluttabili non certamente attribuibili all'opera del medico perché, spesso, le condizioni dell'essere vivente non possono essere conosciute completamente.

Ed è in questo contesto che si presenta il conflitto tra medico e paziente con un rilevante aumento del contenzioso giudiziario contro i medici, non solo ospedalieri o specialisti, ma anche medici di famiglia.

L'antichissimo rapporto bipolare di fiducia medico/paziente si va sempre più riducendo: da una parte si riduce la relazione affettiva che il paziente stabilisce con il medico, dall'altra si riduce l'empatia del medico verso il paziente.

Il rapporto personale, assai stretto, che connotava la medicina del passato viene sostituito, oggi, con quello più arido collegato alla molteplicità degli operatori sanitari che si occupano di un determinato paziente.

Il carattere sempre più specialistico ed occasionale dell'attività medica, il lavoro in equipe, la suddivisione dei compiti tra svariate figure professionali, in tempi e luoghi diversi, contribuiscono a spersonalizzare il rapporto medico-paziente, specie nei casi di patologie più gravi e maggiormente esposte ad insuccessi.

L'esame clinico eseguito sul paziente attraverso il metodo tradizionale (raccolta dei dati anamnestici seguita dall'esame fisico) conserva, tuttora, un rilevante valore ai fini della diagnosi, ma anche una importante valenza psicofisica (dottore ascoltami, dottore toccami, dottore parlami, chiede spesso il paziente che va educato e responsabilizzato sui suoi stili di vita).

In questo contesto il m.m.g., lungi dal rifugiarsi nella cosiddetta "Medicina difensiva" (condotta professionale del medico in cui non si pone al centro l'esclusivo e primario interesse del paziente, bensì l'obiettivo di prevenire il contenzioso giudiziario), deve conservare il proprio orgoglio professionale ed adottare le proprie decisioni con scienza e coscienza, avendo riguardo agli effetti che possono produrre sui propri pazienti, riconquistando il ruolo centrale che il S.s.n. gli assegna quale medico della globalità della persona. D'altro canto, l'errore in medicina è un rischio calcolato, riducibile ma non eliminabile, a causa della insidiosa natura di alcune patologie nei singoli pazienti, dell'umana fallibilità, nonché dell'altrettanto umana variabilità della qualità dei singoli professionisti e della quota di condotte scorrette, problema che si riscontra in tutte le professioni, favorito, nell'ambito della medicina di famiglia, dalla pleora medica che induce a comportamenti lassisti nella ricerca e nel mantenimento della clientela.

Un vecchio maestro, P. Valdoni, durante le sue lezioni agli studenti di medicina, soleva ripetere spesso: "non esiste medico che non sbaglia mai, il medico bravo è quello che sbaglia di meno!". E ci piace ricordare, anche, quanto si chiede, in un recente saggio, il grande clinico medico N. Dioguardi, circa il motivo principale della recente crisi di identità della professione medica; "il medico è ancora il custode di una dottrina intrisa di valori etici e morali in difesa della dignità dell'uomo, protagonista di una medicina più libera e meno schiava di procedure burocratiche e tecnocratiche, oppure deve servire gli interessi finanziari, legati alle nuove tecnologie, che stanno alle spalle della moderna medicina?".

Questa domanda deve coinvolgere il medico di famiglia, perché la complessa gestione della salute può essere soddisfatta solo se egli si riappropria, fino in fondo, del suo ruolo, attraverso la competenza, l'abilità

professionale, il prestigio, e la comunicazione con il paziente e la famiglia, che, specialmente oggi, è la fase più importante dell'incontro medico-paziente maggiormente sacrificata nella medicina specialistica e tecnologica. Caratteristica importante del buon medico è la capacità e la disponibilità all'ascolto. Ma non basta una generica disponibilità: il medico deve sapere ascoltare senza essere impaziente e superficiale nel colloquio con il malato e i suoi familiari.

La comunicazione è fondamentale, nella pratica del m.m.g., perché il malato, insistiamo, è una persona che va vista nella sua globalità fisica e psichica con riguardo al suo ambito di vita e di lavoro, cosa che gli strumenti più sofisticati non possono offrire.

Bisogna riportare l'esercizio della medicina di famiglia, malata anch'essa, spesso, di fideismo tecnologico e superspecialistico, alla sua essenza: l'incontro tra due persone, nel rispetto reciproco.

Terza considerazione sulle cause dell'insoddisfazione dei cittadini nei confronti dell'assistenza sanitaria e del medico, insoddisfazione che alimenta sempre più il contenzioso paziente/medico.

- a) una prima motivazione può ricercarsi nelle disfunzioni organizzative del servizio sanitario: le code agli sportelli, le lunghe ed odiose liste di attesa, i tickets, le strutture amministrative spesso poco disponibili alle esigenze dei cittadini, le strutture di ricovero spesso obsolete o degradate, ecc;
- b) altra causa è la scarsa attenzione del personale, spesso frettoloso o disattento, alla dignità del paziente e dei suoi familiari (la disumanizzazione della medicina!);
- c) un terzo motivo è da ricercarsi nella mancata consapevolezza da parte dei cittadini che molte malattie, specialmente mediche, neurologiche o psichiatriche, sono curabili ma non guaribili. Si tratta di numerose patologie di varia gravità, una volta ritenute inguaribili, che vengono considerate dalla pubblica opinione suscettibili di cure efficaci e di guarigione senza postumi o con esiti accettabili. In queste situazioni mediche insoddisfacenti si trovano, a volte, le motivazioni per il ricorso al contenzioso giudiziario e, spesso, per la ricerca del medico "guaritore" o per il ricorso alle medicine alternative.
- d) quarta e non ultima causa, il deterioramento del rapporto medico/paziente di cui abbiamo detto prima.

Il m.m.g. si scontra quotidianamente con i problemi medico-legali della sua attività professionale; deve prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche il più delle volte immediate; conosce il vissuto del paziente, le sue esperienze di malattia, sa meglio interpretare le sue ansie e le sue paure; si confronta sempre più spesso con il paziente e la sua famiglia con un rapporto di reciproca fiducia che deve costituire, nell'azione del medico, un valore prioritario da salvaguardare al di sopra di ogni altro.

Questa monografia vuole essere una guida di facile lettura ed ha lo scopo di far conoscere al medico di famiglia i suoi diritti/doveri nella mutata realtà sociale del Paese.

Dott. Pasquale Riggio – Responsabile Centro Studi.

Un affettuoso e grato ricordo alla memoria di Mario Boni, grande maestro, alla cui guida ho iniziato il mio lungo cammino di sindacalista.

Un particolare ringraziamento a tutto il personale della Segreteria Provinciale, specie Lapillo e Massimo.

Ma il ringraziamento più profondo ed affettuoso, come sempre, a mia moglie Francesca per il senso di serenità e sopportazione che ha saputo dare alla mia vita.

Roma 31 Agosto 2002.

LA RESPONSABILITA' GIURIDICA DEL M.M.G.

- **La qualifica giuridica del m.m.g.**
- **I principali doveri professionali del m.m.g.**

LA RESPONSABILITA' GIURIDICA

La qualifica giuridica del medico di medicina generale

L'esercizio della professione medica in Italia è disciplinato fondamentalmente da due norme di legge:

- il Testo Unico delle leggi sanitarie del 1934 che agli art. 99 e 100 sottopone a vigilanza l'esercizio della medicina e chirurgia, facendo divieto di esercitare la professione a chi non abbia conseguito l'abilitazione professionale e prescrivendo la registrazione del diploma di abilitazione presso l'ufficio comunale;
- il Decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato del 13 Dicembre 1946 n° 233, che all'art. 8 stabilisce testualmente: "per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie è necessaria l'iscrizione nel rispettivo Albo".

Il medico come ogni cittadino dello Stato italiano è, inoltre, sottoposto all'osservanza di determinate regole e norme imposte dai Codici giuridici.

Il **Codice Penale** distingue la figura del medico in:

- *Libero Professionista* che è per definizione persona che esercita un servizio di pubblica necessità (art. 359 c.p.).
- *Pubblico Ufficiale* che è il medico che esercita una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa (art. 357 c.p.). Questa tipologia di medico, da una parte lavora per conto del SSN con fine di garantire ciò che concerne il dettato costituzionale per la tutela della salute, dall'altra parte ricopre una funzione pubblica amministrativa nella quale c'è l'attività tecnico-assistenziale.
- *Incaricato di Pubblico Servizio* che è il medico che, a qualunque titolo, presta un pubblico servizio (art.358 c.p.). Questo tipo di professionista opera in qualità di dipendente o di convenzionato con una struttura sanitaria pubblica. Tale medico non ha poteri di autorità che spettano ad un pubblico funzionario, ma esercita prettamente un'attività assistenziale, ossia la cura del paziente.

Un problema che merita un approfondimento riguarda la **qualità giuridica del medico di famiglia**, ossia la qualifica che il medico convenzionato assume ai sensi del Codice Penale, in funzione del ruolo ricoperto, con tutti gli obblighi che da questo derivano e le sanzioni conseguenti in caso gli stessi siano violati.

Prima della riforma sanitaria l'indirizzo giurisprudenziale prevalente identificava il medico convenzionato come "esercitante un servizio di pubblica necessità", e non come pubblico ufficiale, proprio in relazione alla natura privatistica del rapporto con l'ente mutualistico.

Dopo l'introduzione della legge 833/1978 e del D.Lgs. 502/92 modificato ed integrato, una serie di decisioni giudiziarie ha invece affermato la **qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio** anche del medico convenzionato con il SSN.

Con la legge n° **86 del 26/04/1990** sono state modificate le precedenti disposizioni del Codice Penale che indicavano i soggetti "pubblici ufficiali" (art. 357 c.p.) e incaricati di un "pubblico servizio" (art. 358 c.p.). Con la modifica dei

sopradetti articoli, il legislatore ha ridisegnato le due figure in modo più semplice e lineare.

La sentenza della Sez. 5 penale della Corte di Cassazione del 9 Gennaio 1991, è stata la prima decisione emessa dopo la legge 86/90, con la quale la Cassazione ha affrontato la questione della natura dell'attività espletata dal medico di famiglia convenzionato e segnatamente se il suo esercizio possa qualificare il sanitario pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio a norma dell'art. 357 c.p. come modificato dalla legge 86/90.

La Cassazione, in particolare, afferma che l'art. 357 c.p., nuovo testo, ha ridefinito la nozione di pubblico ufficiale restringendone l'ambito rispetto al passato. Prima di tale modifica normativa, veniva considerato tale colui che esercitava alternativamente funzioni legislative, giudiziarie o amministrative e certificative. Il medico convenzionato, pertanto, era considerato pubblico ufficiale, in quanto esercente le ultime due funzioni.

Oggi, in base alla suddetta nuova norma, siffatta qualifica spetta solo a coloro i quali esercitano una funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa, precisandosi che per funzione amministrativa deve intendersi quella disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla manifestazione di volontà della Pubblica Amministrazione e dal svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi. Sempre secondo la Corte, al medico di famiglia sono attribuiti compiti tecnici in relazione alle attività diagnostiche e terapeutiche e poteri certificativi; esula, invece, dalle sue attribuzioni l'esercizio di un qualsiasi potere autoritativo. Invece il nuovo art. 357 c.p. richiede, perché si possa configurare la nozione di Pubblico Ufficiale, che la funzione amministrativa sia estrinsecabile in astratto per mezzo di poteri autoritativi o certificativi, dovendosi intendere tale condizione espressa dal legislatore con l'uso della congiunzione "o" tra le parole autoritativi e certificativi.

Con ciò, la Cassazione afferma che il medico convenzionato con il SSN, che ha funzioni solo certificative e non autoritative, è persona incaricata di un pubblico servizio ai sensi dell'art. 358 c.p. .

Sebbene la Corte, con tale sentenza, sgrava il medico da responsabilità che gli derivano dalla qualifica di pubblico ufficiale, e non vi sia dubbio alcuno, sul fatto che il medico di medicina generale convenzionato con il SSN, debba essere considerato come "incaricato di un pubblico servizio" quando esercita attività preventiva, diagnostico-curativa e riabilitativa nei confronti dei propri assistiti, è altrettanto certo che le medesime attività, esercitate invece nei confronti di persone che non rientrano nel suo elenco di assistiti, lo configurano come "esercente un servizio di pubblica necessità". Il dubbio può nascere, invece, per quanto attiene all'esercizio di altre attività o di alcuni atti connessi con le precedenti, tenuto conto che, per principio comunemente accolto dalla giurisprudenza, sono considerati pubblici ufficiali coloro che "formano o concorrono a formare" la volontà dello Stato o degli Enti Pubblici, o che tali Istituzioni rappresentano.

La questione si pone soprattutto sull'**attività certificativa**, che si basa sulla potestà riconosciuta al medico di *"rilasciare dichiarazioni su cose accertate dalla sua percezione visiva, auditiva ed intellettuale, per il legittimo godimento di benefici da parte del richiedente"*, il quale, così, libera il medico dall'obbligo di rispettare il segreto professionale.

La distinzione, allora, diventa la natura giuridica dell'atto.

Se il certificato, ad esempio, non ha pubblica rilevanza, il reato di falsa attestazione di verità si configura come "Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità" anche nel caso in cui il medico di medicina generale rilasci l'attestazione ad un suo assistito; il medico, cioè, non è imputato come pubblico ufficiale e punito a norma dell'art. 481 c.p.

Quasi sempre, però, le attestazioni rivestano natura di certificazione amministrativa o di atto pubblico. Nel primo caso, il reato, più lieve, è punito ai sensi dell'art. 480 c.p. (Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati e in autorizzazioni amministrativa). Nel secondo, invece, il reato viene punito ai sensi dell'art. 479 c.p. (Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici).

Con le osservazioni riportate, la questione sembrerebbe risolta; ma così non è perché, non sempre è sicura l'identificazione della natura giuridica dell'atto. Un esempio tipico è offerto dalla ricetta medica, ritenuta atto pubblico ai tempi delle Mutue e del pagamento delle prestazioni mediche a notula, perché allora essa serviva anche a documentare la prestazione del medico. Con la riforma sanitaria ed il sistema di compenso a quota capitaria, essa ha perduto la natura di "documento atto a comprovare il diritto del medico al compenso" e perciò è stata "ridotta" a semplice certificazione amministrativa.

All'opposto, hanno sicuramente natura di atto pubblico le certificazioni di malattia per i dipendenti, e le certificazioni di infortuni, così come tutte le denunce ed i referti obbligatori per la legge.

Concludendo:

soltanto in determinati casi o quando esercitano la loro attività nei confronti di persone non da loro assistite in regime convenzionale, i m.m.g. sono ritenuti "esercenti un servizio di pubblica necessità".

Generalmente la loro qualificazione giuridica è quella di "incaricato di pubblico servizio" (visita a favore di un suo assistito) o di "pubblico ufficiale" (rilascio di un certificato).

I principali doveri professionali del medico di medicina generale

I doveri dell'm.m.g nei confronti dei propri assistiti, nel rispetto delle dignità della persona, e del Sistema Sanitario Nazionale, costituiscono una funzione essenziale dell'attività professionale medica soggetta alla legge.

Nello svolgimento della sua attività il m.m.g., in applicazione della Legge 26 aprile 1990, n. 86, che ha modificato il precedente Codice Penale, assume, a seconda della mansione espletata una diversa personalità giuridica, con le relative conseguenze, sul piano giuridico, connesse alla diversa qualifica assunta.

L'art. 357 c.p. – Nozione di pubblico ufficiale – cita: *“Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa.*

Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi.”

L'art. 358 c.p. – Nozione della persona incaricata di un pubblico servizio – cita : *“Agli effetti della legge penale, sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio.*

Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di questa ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale”.

L'art. 359 c.p. – Persone esercenti un servizio di pubblica necessità – cita: *“Agli effetti della legge penale, sono persone che esercitano un servizio di pubblica necessità:*

- 1. i privati che esercitano professioni forensi o sanitarie, o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi;*
- 2. i privati che, non esercitando una pubblica funzione, né prestando un pubblico servizio, adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della pubblica Amministrazione.”*

Doveri del medico di fronte allo Stato

Il medico nella prestazione della propria opera deve rendere noto, mediante un'azione di denuncia o di informazione alle Autorità, fatti di cui è venuto a conoscenza e ritiene opportuno oppure è obbligato dalla legge a denunciarle.

Molteplici sono i doveri che il medico ha nei confronti dell'autorità giudiziaria (pubblico ministero o ufficiali di polizia giudiziaria) o della sanità pubblica.

Le attività "legali" fondamentali cui il medico è tenuto sono di indole documentaria e consistono nell'attestazione di circostanze di apprezzamento tecnico e talvolta nella loro interpretazione e nel loro confronto con figure giuridiche particolari, tanto da acquisire un contenuto e una dignità medico-legali. Si distinguono:

- a) la relazione definibile come una notificazione scritta su fatti e circostanze di rilievo sanitario, che, constatati nell'esercizio professionale, possono costituire motivo di intervento pubblico a tutela della salute (es. la notificazione di fatti che turbano l'igiene pubblica);
- b) il certificato (obbligatorio) definibile come la testimonianza scritta su fatti e dati rilevati nell'esercizio medico aventi caratteri tecnici dei quali l'atto, imposto da particolari norme, è destinato a provare la verità;
- c) la denuncia di reato (ex rapporto) che è la segnalazione scritta che il medico, in qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, è tenuto a fare all'autorità giudiziaria quando abbia notizia di un reato perseguibile d'ufficio. A differenza di quanto stabilito per il referto non è necessaria l'effettuazione di una prestazione o opera professionale; è sufficiente avere avuto notizia del reato ed inoltre, rispetto all'obbligo di referto, non è prevista l'esistenza dell'esposizione a procedimento penale della persona assistita per la non compilazione e la trasmissione della denuncia all'autorità giudiziaria;
- d) la comunicazione o dichiarazione che è una recente variante della denuncia, ha lo stesso significato ed è in genere anonima rispetto al soggetto cui è pertinente la condizione da segnalare.
- e) il referto: atto fondamentale, di peculiare interesse medico-legale, cui è tenuto qualunque esercente la professione sanitaria definibile come comunicazione scritta con la quale il medico è obbligato a informare, nei termini, nei modi e con le deroghe previste, l'autorità giudiziaria di fatti che abbiano costituito oggetto della propria assistenza od opera, nella produzione dei quali possa sussistere l'ipotesi di un reato perseguibile d'ufficio.

IL M.M.G. E IL DIRITTO CIVILE

La responsabilità civile.

La responsabilità civile è per il medico una conseguenza della violazione di un principio generale o dell'inadempimento di una prestazione; a seconda dei casi si parla, rispettivamente, di responsabilità *extracontrattuale* e di responsabilità *contrattuale*.

La responsabilità contrattuale del medico viene definita tale perché il medico, allorché è consultato dal proprio paziente, compie una determinata attività professionale; egli viene, dal punto di vista giuridico, a contrarre con lo stesso un negozio giuridico che si chiama "contratto d'opera intellettuale" ed è disciplinato dagli artt. 2222 e seguenti, e 2229 e seguenti del Codice Civile. Il contratto in parola costituisce una specie della più generale figura del contratto d'opera, caratterizzato, in base alla definizione data dal Codice, dal compimento, previo compenso, di un'opera o di un servizio, con lavoro prevalente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente. Il medico è, in sostanza, un professionista che si obbliga all'esecuzione di una prestazione a favore del paziente, dietro pagamento di un compenso, senza essere, però, in alcun modo subordinato a questi.

L'art. 2229 c.c. stabilisce che è la legge a determinare le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi Albi o Elenchi. In quest'ultimo caso, ossia quando l'esercizio di un'attività professionale è condizionato all'iscrizione in un Albo, la prestazione eseguita da chi non è iscritto non dà azione per il pagamento (art. 2231 c.c.).

In altri termini, il medico che eserciti senza essere iscritto all'Albo, oltre ad esporsi ad una responsabilità penale (la fattispecie integra, infatti, il reato di esercizio abusivo della professione di cui all'art. 348 c.p.), non ha a disposizione alcun mezzo legale per ottenere il pagamento del compenso, poiché la mancata iscrizione determina la nullità del contratto stipulato.

L'oggetto del contratto d'opera professionale del medico, dunque, è l'esercizio di un'attività tecnicamente qualificata; egli si obbliga, cioè, non a guarire il malato, ma soltanto a prestargli le cure ritenute da lui necessarie per la guarigione.

L'obbligazione del professionista sanitario è, quindi, obbligazione di mezzi e non di risultato, essendo quest'ultima configurabile come l'impegno al raggiungimento di un dato obiettivo.

La responsabilità contrattuale del medico, ossia la responsabilità derivante dal mancato o inesatto adempimento degli obblighi contrattualmente assunti, va, di conseguenza, valutata con riferimento al disposto dell'art. 1176 c.c., il quale stabilisce che: *"nell'adempiere l'obbligazione il debitore (nel caso in specie, il medico che è, appunto, il debitore di una prestazione nei confronti del paziente) deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. Nell'adempiimento delle*

obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riferimento alla natura dell'attività esercitata".

L'attività del professionista è normalmente disciplinata proprio da questa norma con la conseguenza che egli, generalmente, è responsabile anche per colpa lieve.

È indispensabile ricordare che si ha responsabilità per colpa tutte le volte un determinato evento dannoso, pur non essendo voluto dal soggetto, sia tuttavia imputabile a una negligenza, imprudenza, imperizia, ovvero inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline da parte del medesimo.

Il criterio della "diligenza del buon padre di famiglia", con riferimento all'esecuzione di prestazioni di carattere professionale, si sostanzia nella cura che deve essere ordinariamente impiegata dal professionista nell'esercizio della propria attività.

Più precisamente, riguardo alla figura del medico, la Corte di Cassazione ha chiarito che c'è responsabilità professionale anche per colpa lieve ove questi, di fronte ad un caso ordinario, non abbia osservato per inadeguatezza o incompletezza della preparazione professionale o per omissione della media diligenza, le regole che siano acquisite, per comune consenso e consolidata sperimentazione, alla scienza e alla pratica e, quindi, costituiscano il necessario corredo del professionista che si dedichi ad un determinato settore della medicina.

Il principio è stato ribadito da una sentenza della Corte di Cassazione Civile del 18 giugno 1975 che si riporta:

*"Di fronte ad un caso concreto che sia comune e ordinario, cioè che sia tipico perché conosciuto dalla scienza e nell'esperienza medica, con la conseguente esistenza di regole precise e indiscusse, **sussiste la responsabilità ordinaria del medico, anche per colpa lieve**, ove la regola o le regole da applicare non siano osservate per inadeguatezza o incompletezza della preparazione professionale comune e media (imperizia) o per omissione della diligenza media (negligenza). **Il medico risponde, invece, soltanto per colpa grave** (oltre che per dolo) quando il caso concreto sia straordinario o eccezionale sì da essere non adeguatamente studiato nella scienza medica e sperimentato nella pratica ovvero quando nella scienza medica siano proposti e dibattuti diversi, e incompatibili tra loro, sistemi diagnostici, terapeutici e di tecnica chirurgica, tra i quali il medico operi la sua scelta".*

O ancora quando la Corte di Cassazione (sentenza del 3 marzo 1995, n. 2466) afferma che *"il medico-chirurgo nell'adempimento delle obbligazioni contrattuali inerenti alla propria attività professionale è tenuto a una diligenza che non è solo del buon padre di famiglia, ma è quella specifica del debitore qualificato la quale comporta il rispetto di tutte le regole e gli accorgimenti che nel loro insieme costituiscono la conoscenza della professione medica, tenendo conto che il progresso della scienza e della tecnica ha notevolmente ridotto nel campo delle prestazioni medico-specialistiche l'area della particolare esenzione indicata dall'art. 2236 c.c."*

L'art. 1218 c.c. dispone, poi, che *"il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile"*.

A ciò consegue, in termini pratici, che il paziente, che lamenti di aver subito dei danni a seguito di errore professionale del sanitario, deve provare, al fine di ottenere un risarcimento, di essere stato da questo danneggiato; spetterà, invece, al medico dimostrare di aver correttamente adempiuto ai propri obblighi.

La responsabilità extracontrattuale (o aquiliana) trova il suo fondamento giuridico nell'art. 2043 del Codice civile, il quale dispone che: *“qualunque fatto doloso o colposo che cagioni ad altri un danno ingiusto obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno”*.

I presupposti necessari per l'insorgenza di tale responsabilità sono: un fatto (rappresentato da un comportamento umano), un danno (qualificato come ingiusto, ossia lesivo di un diritto altrui), un rapporto di causalità tra il fatto e il danno, il dolo o la colpa del soggetto che ha agito.

Gli elementi costitutivi della responsabilità extracontrattuale sono, quindi, quelli previsti per la responsabilità civile in generale; ciò che differenzia la responsabilità aquiliana da quella contrattuale è la non riconducibilità del danno, nella prima, all'adempimento agli obblighi nascenti da un contratto.

Anzi, per definizione, la responsabilità extracontrattuale prescinde dall'esistenza di qualsiasi vincolo obbligatorio, cioè l'evento dannoso si realizza indipendentemente da ogni rapporto tra medico e paziente; la responsabilità per eventuali danni subiti dal paziente dipende direttamente dal fatto illecito realizzato e non dalla violazione degli obblighi assunti dal medico verso il paziente.

Detta responsabilità diverge, poi, da quella contrattuale anche sotto altri profili. Innanzi tutto, per ciò che concerne l'onere della prova, il danneggiato deve provare non soltanto l'esistenza di un danno e il rapporto di causalità tra condotta e danno, ma anche la colpa (o il dolo) del danneggiante.

In altri termini, in materia di responsabilità aquiliana, il paziente deve provare il danno, la dipendenza del medesimo da una prestazione medica e, infine, che il sanitario abbia agito con colpa.

Con riferimento, poi, al risarcimento dei danni, mentre in tema di responsabilità contrattuale se l'inadempimento è colposo e non doloso sono risarcibili solo i danni prevedibili al tempo in cui è sorta l'obbligazione, in quella extracontrattuale sono risarcibili tutti i danni che siano conseguenza diretta e immediata della condotta dell'agente.

Il diritto al risarcimento si prescrive, di regola, in cinque anni, mentre, in caso di responsabilità contrattuale il diritto è soggetto al termine ordinario di prescrizione decennale.

Il danno risarcibile.

Accanto alle figure classiche del danno patrimoniale e non patrimoniale, la giurisprudenza ha identificato un'altra figura di danno risarcibile, più attinente all'integrità psicofisica ed alla salute della persona umana che ha denominato **“danno biologico”**.

I danni patrimoniali, sia di natura contrattuale che extracontrattuale, vanno liquidati con le modalità di cui all'art. 1223 c.c. che dispone: *“il risarcimento del danno per l'inadempimento o per il ritardo deve comprendere così la perdita*

subita dal creditore come il mancato guadagno, in quanto ne siano conseguenza immediata e diretta”.

La giurisprudenza ha precisato che nella determinazione del danno derivante sia da colpa contrattuale che extracontrattuale, deve tenersi presente il danno concreto ed il rapporto di causalità tra la condotta del soggetto agente e l'evento che si è verificato. Ciò perché il diritto al risarcimento sorge con il verificarsi concreto di un pregiudizio attuale e deve comprendere sia la perdita subita sia il guadagno mancato; la risarcibilità dei danni mediati può, invece, ammettersi solo quando sussista un nesso di causalità necessaria per cui i danni siano una conseguenza esclusiva dell'inadempimento o dell'illecito.

Ecco perché il criterio di “immediatezza” deve essere inteso con una certa elasticità, in modo da comprendere nel risarcimento i danni indiretti e mediati, i quali si presentano, appunto, come effetto normale dell'inadempimento o del comportamento illecito; rientrano, cioè, nella serie delle conseguenze cui esso dà origine normalmente secondo il principio di causalità.

L'obbligazione avente per oggetto il risarcimento del danno è la risultante sia del danno effettivamente patito monetizzato secondo criteri fissati, sia del mancato guadagno di cui sia rimasta vittima in conseguenza dell'infortunio patito.

Come ha sancito la Suprema Corte, tale obbligazione configura un debito di valore, con la conseguenza che, eccettuata la particolare previsione di cui all'art. 1224 c.c. in tema di obbligazione pecuniaria, il giudice deve tener conto, pure d'ufficio, della svalutazione monetaria, ancorché non prevedibile dal debitore, verificatasi alla data della relativa decisione, in quanto l'integrale ed effettiva reintegrazione del patrimonio del danneggiato, nella situazione in cui si sarebbe trovato se non si fosse verificato l'evento dannoso, alla quale il risarcimento è preordinato, può essere conseguita solo tenendo conto della svalutazione (Cass.: 22 Agosto 1985).

Quanto ai danni non patrimoniali, essi sono risarcibili, nei casi determinati dalla legge, solo quando derivano da un reato. Tale danno si concreta nell'ingiusto turbamento dello stato d'animo in conseguenza dell'offesa subita e pertanto il relativo risarcimento soddisfa all'esigenza di assicurare al danneggiato un'utilità sostitutiva che lo compensi, per quanto possibile, delle sofferenze ricevute.

Il danno biologico, la cui risarcibilità è stata dichiarata dalla Corte Costituzionale nelle sentenze n. 87 e 88 del 26 luglio 1979 e nella sentenza n. 184 del 14 luglio 1986, costituisce una categoria diversa sia rispetto al danno patrimoniale che non patrimoniale.

Il suddetto danno deve essere inteso come una menomazione dell'integrità psicofisica del soggetto in sé e per sé considerato, in quanto incidente sul valore “uomo” in tutta la sua corretta dimensione, che non si esaurisce nella sola attitudine a produrre ricchezza, ma si collega alla somma delle funzioni naturali afferenti al soggetto nell'ambiente in cui la vita si esplica ed aventi rilevanza, non solo economica, ma anche biologica, sociale, culturale ed estetica (così la Cass. Sentenza 4661/1984).

A giudizio della Corte Costituzionale, la risarcibilità del danno biologico discende direttamente dal collegamento tra gli art 32, comma 1, della Costituzione e 2043 del Codice Civile; più precisamente, dalla integrazione di quest'ultima disposizione con la prima.

L'art. 32 Cost. tutela il bene salute non solo come interesse della collettività, ma anche, e soprattutto, come fondamentale diritto dell'individuo. Di conseguenza, tutte le volte in cui un fatto cagioni una lesione all'integrità psicofisica di un soggetto, si ha una violazione del precetto costituzionale.

La lesione del diritto alla salute è, in sostanza, il fatto che dà al danneggiato il diritto al risarcimento del danno biologico, a norma dell'art. 2043 c.c.. Quest'ultima norma è, infatti, applicabile a tutte le forme di risarcimento, qualunque sia la loro origine, dal momento che in essa presupposto del diritto al risarcimento è il fatto doloso o colposo.

Quanto, infine, alla determinazione e liquidazione del danno biologico, va segnalato che esse avvengono per lo più sulla base di diritti equitativi, poiché non esistono elementi sicuri ed attendibili per la valutazione del valore "biologico" dell'uomo, non essendo possibile né opportuno ricorrere a standardizzazioni del suddetto valore.

La Corte Costituzionale ha sottolineato che i criteri di determinazione devono, da un lato, essere rappresentati da una uniformità pecuniaria di base (lo stesso tipo di lesione non può essere valutata, di volta in volta, in maniera diversa) e dall'altro, da un'elasticità e flessibilità che consentono di adeguare la liquidazione alla effettiva incidenza della menomazione sull'efficienza psicofisica del danneggiato.

In definitiva, con le citate sentenze, la Corte Costituzionale ha individuato i canoni fondamentali secondo cui si configura il danno biologico: "il bene della salute, tutelato dall'art. 32 della Costituzione, si configura come un diritto primario ed assoluto dell'individuo, che deve essere risarcito in ogni caso di violazione indipendentemente dal riflettersi di questa sul piano patrimoniale, ma con riguardo alla menomazione della integrità fisica in sé considerata".

Sulle direttrici tracciate dalla Corte Costituzionale, la Corte di Cassazione, con la sentenza della Sez. 3 del 6 giugno 1981, n. 3675, statuiva: "*il danno biologico, in quanto lesivo del diritto alla salute, che per esplicito dettato costituzionale è diritto fondamentale dell'individuo, come tale deve essere considerato risarcibile, ancorché non influente sulle capacità di produrre reddito e, anzi, indipendentemente da quest'ultima possibilità*".

Ma il punto in cui la giurisprudenza è in forte contrasto è in ordine alla risarcibilità del danno biologico in caso di morte. La questione è stata affrontata in modo compiuto dal Tribunale di Milano nella sentenza del 26 giugno 1990 e risolta in senso negativo.

Questa la motivazione: "*La giurisprudenza, sia di merito che di legittimità, ormai ha da anni riconosciuto la risarcibilità ex art. 2043 c.c. del cosiddetto danno biologico (o fisiologico, o danno alla salute o alla persona), inteso come menomazione dell'integrità psicofisica della persona in sé e per sé considerata, in quanto incidente sul "valore uomo" in tutta la sua concreta dimensione, che non si esaurisce nella sola attitudine a produrre ricchezza, ma si collega alla somma delle funzioni naturali afferenti al soggetto nell'ambiente in cui la vita si esplica e aventi rilevanza non solo economica, ma anche biologica, sociale, culturale ed estetica. Nel momento in cui si verifica rispetto alla vittima il danno consistente nella perdita della vita, viene meno lo stesso soggetto e con esso, contemporaneamente, la sua capacità giuridica; diventa, quindi, impossibile il sorgere in capo alla vittima di un danno giuridicamente rilevante e del*

conseguente diritto del suo risarcimento. È evidente, poi, che in questa situazione nessuna pretesa risarcitoria può essere vantata dagli eredi della persona offesa “jure hereditario”, in quanto non può essere trasmesso per successione “mortis causa” il diritto al risarcimento di un danno non compreso nella sfera giuridica del defunto.

Ai parenti dell’ucciso spetterà, invece, “jure proprio” il risarcimento dei danni morali conseguenti alla morte del congiunto (se il fatto illecito rientra nella previsione dell’art. 2059 c.c.) e degli eventuali danni patrimoniali”.

IL M.M.G. E IL DIRITTO PENALE

La responsabilità penale

La Costituzione sancisce un principio fondamentale: "nessuno può essere sottoposto a sanzioni penali per un fatto che non sia espressamente previsto dalla legge come reato".

Per il medico, inoltre ai reati comuni, ossia quelli che possono essere commessi da ogni persona indipendentemente dalle sue qualità soggettive (ad es. : omicidio colposo, lesioni personali ecc.), il Codice penale e le leggi speciali prevedono numerose ipotesi di reati "propri", reati, cioè che possono essere commessi soltanto dai medici.

Così per esempio, l'art. 365 c.p. contempla il reato di omissione di referto per tutti coloro che esercitano una professione sanitaria, l'art. 622 c.p. quello di rivelazione di segreto professionale, gli articoli 17, 18, e 19 della legge 194/78 (interruzione volontaria della gravidanza), il reato di procurato aborto fuori dei tassativi casi previsti dalla legge..

Affinché si abbia una responsabilità penale del medico è necessario che sussistano alcune particolari condizioni: condotta professionale colposa; danno obiettivamente dimostrabile e subito dal paziente; l'esistenza di un nesso di causalità, ossia di un rapporto di causa ad effetto tra la condotta (ossia l'azione o l'omissione del medico) e l'evento dannoso.

In primo luogo, dunque, deve esserci stata un'azione o una omissione del medico che rientri nell'ambito della condotta professionale colposa, ossia, del comportamento colpevole del medico che pone in essere il fatto penalmente rilevante determinando l'evento lesivo o mortale a carico del soggetto affidatosi alle sue cure. A norma dell'art. 43 c.p. è colposo, o contro l'intenzione, quell'evento che, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e che si verifica a causa di *negligenza, o di imprudenza, o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.*

Pertanto dal concetto di colpa resta esclusa l'intenzione di determinare l'evento dannoso (responsabilità dolosa).

L'imprudenza si concreta nella realizzazione di una condotta positiva che bisognava non porre in essere perché capace di determinare un evento pericoloso. Nell'imprudenza non sono comprese la disaccortezza e la disattenzione che sono elementi della negligenza. La connotazione dell'imprudenza presuppone che vi sia la prova che il soggetto attivo del reato conosceva con esattezza la situazione che gli imponeva un diverso comportamento.

E' imprudente, dunque, il medico che, nonostante la conoscenza di ciò che può derivare dall'esperienza comune, agisce assolutamente senza previsione degli eventi, pertanto senza alcuna prudenza che potrebbe porlo in una situazione di sicurezza nei confronti di un probabile insuccesso.

E' imprudente quel medico che, nonostante la conoscenza dei propri limiti in una determinata materia, agisce senza prevedere le conseguenze delle proprie azioni. La Cassazione Sez. 5, con sent. n. 4291 dell'11 maggio 1983, ha sancito che *"l'essenza della nozione di imprudenza consiste nella realizzazione di un'attività positiva che non si accompagna, nelle speciali circostanze del caso,*

a quelle cautele che l'ordinaria esperienza suggerisce a cautela dell'incolumità e degli interessi propri o altrui".

La negligenza si concreta in un'omissione e nella mancanza di diligenza che si richiede in un uomo normale. Si parla di negligenza nel caso in cui il medico agisca senza quelle attenzioni che permettono di evitare ogni distrazione o deficienza. La Cassazione Sez. 4, con la sent. n. 8917 del 26/10/1983, ha sancito che "ai fini delle responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, quando la condotta colposa sia censurata per negligenza è sufficiente l'omissione della diligenza comune, rapportata cioè al grado medico di cultura e capacità professionale, ovvero la violazione delle norme tecniche generalmente accolte; e pertanto risponde a titolo di colpa il sanitario quando non valuti le possibili conseguenze di ogni atto e non riduca al minimo i rischi di una terapia e dei possibili interventi".

L'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline concreta il reato colposo allorché un evento lesivo non voluto si verifica a carico di un terzo e lo stesso sia una conseguenza diretta di tale inosservanza posta in essere dal soggetto agente.

Trattasi di un'ipotesi di responsabilità connessa non solo all'esercizio della professione medica quanto anche alla posizione di "datore di lavoro" quale titolare di uno studio professionale. A questa funzione si ricollegano una serie di obblighi giuridici di notevole rilevanza soprattutto per quanto concerne la materia della prevenzione infortuni sul lavoro a carico dei soggetti che dipendono come lavoratori subordinati o che siano posti sotto la direzione del medico.

L'imperizia si concreta nell'incapacità tecnica di esercitare una determinata professione o arte. Consiste nell'insufficiente preparazione o nell'inettitudine che viene riscontrata nella professione, ossia quando il medico non conosce ciò che dovrebbe.

Non viene richiesta una conoscenza perfetta di tutto lo scibile, ma una cultura adeguata che in media un professionista è in grado di fornire.

L'imperizia realizza l'errore professionale, termine che va inteso nella sua essenza giuridica in quanto risultato di una cattiva condotta riferibile sia a difetto di conoscenza, di cultura, sia di applicazione sconsiderata o incosciente o insufficiente di metodi diagnostici, di tecniche di indirizzi terapeutici facenti parte del convalidato bagaglio della cultura medica.

Fonti di responsabilità sono, in altri termini, gli errori professionali classificabili come:

- a) l'errore di diagnosi o errore clinico che si verifica quando essendo presenti, manifesti e non equivoci i sintomi fondamentali, il caso non sia correttamente inquadrato a causa di negligenza, imprudenza o imperizia del medico nell'ambito di una delle malattie attualmente note alla scienza medica. E'obbligo del medico di famiglia che si trovi innanzi a sintomatologie equivoche, che possono indurre in errore circa la loro origine, richiedere senza indugio esami specialistici oppure far sottoporre l'assistito agli accertamenti diagnostici. Naturalmente ciò non significa che per ogni lieve malessere il medico debba disporre una serie di esami chiarificativi della diagnosi, ma solo che, allorché si è in presenza di una sintomatologia oscura, è doveroso per il medico seguire l'assistito, e

- quindi nell'ipotesi che la patologia non cessi, effettuare gli accertamenti ricognitivi che la scienza e coscienza consigliano;
- b) l'errore di prognosi che in genere si accompagna con l'errore di diagnosi ma a volte può verificarsi anche quando la diagnosi è esatta; in tal caso è necessario dimostrare che il danno prodotto è diretta conseguenza dell'errore;
 - c) l'errore di cura o terapeutico il quale si verifica ogni qual volta non vengano correttamente applicati i rimedi specifici suggeriti nella fattispecie dalla scienza.

Occorre naturalmente appurare se l'errore terapeutico dipende da imperizia o se invece è provocato dall'insorgenza di improvvise e imprevedute condizioni soggettive anormali di paziente che reagisca in modo anormale a certi medicinali di comune uso; ed occorre, inoltre, non dimenticare che il medico ha un'ampia facoltà discrezionale nella scelta e nell'adozione dei metodi di cura, discrezionalità insita nella libertà intellettuale del professionista.

Chiaramente, l'attività del medico, come ogni attività umana che si espliciti attraverso l'adozione di tecniche e di metodi fondati su nozioni maturate con la cultura e l'esperienza, non è e non può essere immune da errore.

Ciò va subito precisato in armonia coi principi generali del diritto per i quali l'errore non realizza di per sé responsabilità passibile di sanzione, posto che è insita nell'umano la fallibilità specie quando un'attività si indirizzi nei confronti di una realtà, quale quella biologica e patologica, che per sua stessa natura è sfuggente ad ogni schema, è mutevole e singolare, è permeata di incertezze, di irregolarità, di imprevedibilità.

In passato, infatti, la Giurisprudenza, ispirandosi all'art. 2236 c.c., valutava l'attività professionale con meno rigore di quanto si faccia oggi in quanto veniva riconosciuta la responsabilità del medico solo nei casi di dolo o di colpa grave, ossia si limitava la responsabilità in caso d'errore inescusabile che traeva l'origine della mancata applicazione delle cognizioni generali e fondamentali attinenti alla professione, o nel difetto di quel minimo di abilità e perizia tecnica nell'uso dei mezzi manuali o strumentali adoperati nell'intervento operatorio o nella mancanza di diligenza e di prudenza che sempre deve avere chi esercita la professione sanitaria (Corte Cassazione 4 febbraio 1972). La responsabilità del medico, dunque, veniva valutata con estrema larghezza di vedute. Da allora la Corte di Cassazione è intervenuta diverse volte in materia arrivando a stabilire le attuali caratteristiche della responsabilità del medico, il quale oggi è generalmente ritenuto anche responsabile per colpa lieve, ogni volta che un determinato evento dannoso, anche se non voluto dal sanitario, sia imputabile a negligenza, imprudenza o imperizia o a inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline da parte dello stesso.

Nell'ipotesi di imperizia, però, vale la responsabilità attenuata prevista dall'art. 2236 c.c., ovvero di prestazioni che implicano la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà. In quei casi, cioè, che presentino caratteri di straordinarietà o eccezionalità tali da non essere stati adeguatamente studiati

dalla scienza o sperimentati in pratica, il medico risponde dei danni solo per dolo o colpa grave.

Alla luce di ciò, appare evidente quanto sia stata fraintesa la sentenza emessa il 17 Gennaio 1992 dalla 4 Sez. penale della Corte di Cassazione contro due medici che avevano eseguito una tardiva diagnosi di infezione tetanica con conseguente morte del paziente. I medici hanno sostenuto, a propria discolpa, che la malattia, anche se diagnosticata in tempo, avrebbe quasi sicuramente causato ugualmente la morte della donna, tenuto conto che le percentuali di guarigioni sono circa del 30%.

La condanna della Cassazione ribadisce, invece, la responsabilità per colpa non solo quando l'evento letale si verifica in seguito ad un intervento considerato non particolarmente difficile, ma anche quando vi sia una condotta negligente, imprudente o imperita, anche se le probabilità di successo sono poche.

La Cassazione, in altri termini, non ha affermato che sussiste responsabilità per operazioni a esito infausto ogni volta che il paziente ha il 30% di probabilità di sopravvivere. Ben diversa, è la portata del pensiero della Suprema Corte: il medico, se ha agito con negligenza o imperizia, non può giustificarsi sostenendo che il paziente aveva comunque scarse possibilità di sopravvivere!

Reati e Condanne

(alcuni dei principali reati in cui può incorrere un medico e relative pene)

Reato	Pena
Omicidio colposo	Reclusione da 6 mesi a 5 anni
Omicidio del consenziente	Reclusione da 6 anni a 15 anni
Lesione personale colposa lieve	Reclusione fino a 3 mesi o multa fino a € 309,87 (£ 600.000)
Lesione personale colposa grave	Reclusione da 1 mese a 6 mesi o multa da € 123,95 a € 619,75 (£ 240.000 a £ 1.200.000)
Lesione personale colposa gravissima	Reclusione da 3 mesi a 2 anni o multa da € 309,87 a € 1.239,50 (£ 600.000 a £ 2.400.000)
Omissione di referto	Multa fino a € 516,46 (£ 1.000.000)
Rivelazione o utilizzazione di segreto professionale	Reclusione fino a 1 anno o multa da € 30,99 a € 516,46 (£ 60.000 a £ 1.000.000)
Esercizio abusivo della professione	Reclusione fino a 6 mesi o multa da € 103,29 a € 516,46 (£ 200.000 a £ 1.000.000)

LA RESPONSABILITA' DISCIPLINARE O DEONTOLOGICA DEL M.M.G.

1. L'Ordine Professionale

Condizione indispensabile per l'esercizio della professione sanitaria è l'iscrizione all'Albo professionale. Le fonti normative che regolano il funzionamento e la relativa iscrizione, si trovano nelle leggi sugli Ordini Professionali:

- a) D.Lgs. C.P.S. 13 Settembre 1946 n° 233;
- b) articolo 2229 C.C. e ss., in base al quale il rapporto che si crea tra medico e assistito, rientrante nel diritto privato, viene definito come contratto di prestazione d'opera intellettuale;
- c) D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221
- d) Legge 24 luglio 1985, n. 409 istitutiva della professione sanitaria di odontoiatra.

All'Albo è ammessa sempre l'iscrizione dei sanitari dei paesi della CEE e quella dei sanitari dei paesi extracomunitari, soltanto se esiste un trattato di reciprocità tra gli stati interessati.

Agli Ordini professionali sanitari, oltre alla tenuta degli Albi e la conseguente adozione dei provvedimenti di iscrizione e cancellazione, è attribuito dalla legge il compito di vigilare sulla condotta degli iscritti. Infatti l'art. 38 del D.P.R. 221/50 sancisce che sono sottoposti a procedimento disciplinare i sanitari che si rendano colpevoli di abusi o di mancanze nell'esercizio professionale o, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale.

A norma dell'art. 3, lettera f), del D.Lgs. 233/1946, sono soggetti al potere disciplinare dell'Ordine, "i sanitari liberi professionisti iscritti all'albo". Il che comporta che la competenza ad esercitare l'azione disciplinare è determinata dall'iscrizione all'Albo, quale che sia la località in cui sia stata commessa la mancanza per la quale si procede.

Il sanitario, infatti una volta iscritto all'Albo, ha diritto al libero esercizio della professione su tutto il territorio della Repubblica salvo l'obbligo della registrazione del titolo di abilitazione nell'ufficio comunale di residenza. Perciò il suo comportamento può dare luogo a rilievi fuori della provincia nel cui albo è iscritto. In tal caso l'Ordine, che abbia avuto conoscenza della mancanza commessa, deve darne notizia all'Ordine provinciale nel cui albo il sanitario è iscritto, spettando solo a quest'ultimo di esaminare i fatti e di dar corso o meno al provvedimento disciplinare.

Va poi tenuto conto che, oltre i sanitari liberi professionisti, possono essere iscritti negli albi i sanitari impiegati in una Pubblica Amministrazione (dove l'attività del medico viene assoggettata alla disciplina del rapporto di pubblico impiego, sempre che venga prestata in modo continuativo e presenti tutti i requisiti indispensabili della subordinazione e della collaborazione); tuttavia, l'iscrizione è valida solo se, secondo gli ordinamenti loro applicabili, ad essi non sia vietato esercizio della libera professione (art. 10 D.Lgs. 233/1946); infatti, costoro sono soggetti alla disciplina dell'Ordine limitatamente all'esercizio della libera professione.

Lo stato giuridico del medico (libero professionista o pubblico dipendente) è fondamentale per i fini dell'assoggettamento alla potestà disciplinare dell'Ordine o dell'Amministrazione.

L'attività disciplinare dell'Ordine è limitata solo all'esercizio della libera professione ed è pertanto viziata da incompetenza assoluta al di fuori di questi limiti perché il medico non può essere sottoposto allo stesso tempo e per lo stesso illecito alla disciplina del rapporto di impiego a cui partecipa e a quella dell'Ordine.

Per quanto riguarda i medici di medicina generale convenzionati con il SSN il comma 3 dell'art. 8 del D. Lgs. 502/1992 demanda agli Ordini e Collegi professionali la valutazione, sotto il profilo deontologico, del comportamento degli iscritti che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, ed il comma 4 dell'art. 1 del D.L. 323/1996 stabilisce che qualora dal controllo risulti che un medico abbia prescritto un medicinale senza osservare le condizioni e le limitazioni previste la ASL informa del fatto l'Ordine al quale il sanitario è iscritto per i provvedimenti di competenza. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli Ordini sono decisi dalla Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

Le sanzioni disciplinari

Il Regolamento approvato con D.P.R. 221/1950, all'art.40, stabilisce quali sono le sanzioni disciplinari da infliggere al medico, che abbia compiuto azioni meritevoli di misure sanzionatorie, dandone la seguente elencazione:

L'avvertimento: consiste in una diffida al medico di non ricadere nella mancanza, ossia di non compiere nuovamente il fatto. L'avvertimento è una sanzione che deve essere inflitta dopo un regolare procedimento disciplinare. Si tratta di una sanzione per abusi e mancanza di lieve entità.

La censura: è una sanzione che viene inflitta per mancanze di una certa gravità. Deve essere comunicata per iscritto e consiste in una formale dichiarazione di biasimo.

La sospensione: viene inflitta per mancanze di particolare gravità. Comporta la sospensione dell'esercizio della professione per un periodo che va da uno a sei mesi, salvo che essa consegua di diritto a seguito di provvedimenti penali. Secondo l'articolo 43 del Regolamento (D.P.R. 221/50), comporta di diritto la sospensione dell'esercizio professionale:

- l'emissione di una ordinanza che dispone la custodia cautelare;
- l'applicazione provvisoria di una pena accessoria o di una misura di sicurezza ordinata dal giudice;
- l'interdizione dai pubblici uffici per una durata non superiore ai 3 anni;
- il ricovero in una casa di cura e di custodia o ricovero in manicomio giudiziario;
- l'applicazione di una misura di sicurezza non detentiva: libertà vigilata, divieto di soggiorno in uno o più comuni o in una o più province, divieto di frequentare osterie o pubblici spacci di bevande alcoliche, espulsione dello straniero dallo Stato.

La sospensione dichiarata per una delle cause sopra indicate dura sino a quando ha effetto la sentenza o il provvedimento da cui è stata determinata.

La radiazione: è la sanzione più grave. Viene pronunciata contro quel medico che, mediante un suo comportamento, abbia compromesso gravemente la sua reputazione e la dignità di tutta la classe medica. La radiazione comporta l'allontanamento del medico dalla professione per un periodo di tempo indeterminato. Può accadere che il medico che abbia subito questa sanzione, non possa riprendere la professione per tutta la sua vita. La reinscrizione all'albo può avvenire dopo 5 anni dal provvedimento di radiazione, solo a condizione che egli abbia tenuto un comportamento irreprensibile. Se la radiazione era stata preceduta da una sentenza penale il medico deve dimostrare di avere già ottenuto la riabilitazione. L'articolo 42 del Regolamento (D.P.R. 221/50) prevede la radiazione di diritto in caso di:

- condanna per il reato di commercio clandestino o fraudolento di sostanze stupefacenti;
- l'istigazione all'aborto o atti abortivi su donna ritenuta incinta;
- l'interdizione da pubblici uffici, perpetua o di durata superiore a tre anni, e l'interdizione dalla professione per una eguale durata;
- il ricovero in un manicomio giudiziario;
- l'assegnazione ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro, quale misura di sicurezza preventiva.

L'Ordine è tenuto sempre ad instaurare un giudizio disciplinare nei confronti del professionista a carico del quale abbia avuto luogo un procedimento penale, purché egli non sia stato prosciolto per la non sussistenza del fatto o per non averlo commesso.

L'Ordine, infatti, viene informato dalla Magistratura di ogni procedimento penale intentato contro un sanitario che abbia formalmente assunto la qualità di imputato.

Infatti il nuovo codice p.p., ispirato ai principi del sistema accusatorio, ha rivoluzionato l'impostazione del vecchio codice inquisitorio distinguendo "la fase procedimentale" affidata per le indagini preliminari all'iniziativa del pubblico ministero e "la fase processuale" affidata al giudice; nella prima fase vi è solo la "persona sottoposta alle indagini" dal p.m., (cioè persona che ha ricevuto l'avviso di garanzia) mentre nella seconda si configura la qualità dell'imputato.

Pertanto le nuove disposizioni del c.p.p. impongono di differire l'inizio del giudizio disciplinare dal momento dell'assunzione da parte del medico della qualità di imputato e non durante le indagini preliminari.

L'Ordine, d'altra parte, ha il potere di promuovere d'ufficio l'azione disciplinare sulla base di dati comunque conosciuti, come previsto dall'art. 38 del DPR 221/50.

L'organo disciplinare, pur prendendo a base del proprio giudizio i fatti materialmente accertati in sede penale, li valuterà, nella propria autonomia decisionale, al fine di stabilire la sanzione che riterrà equa in correlazione alla entità della mancanza commessa. Il procedimento disciplinare rimane comunque sospeso fino a quando la sentenza penale non sia passata "in giudicato".

In generale e al di fuori dei casi di imposizione di diritto delle sanzioni disciplinari, le misure sanzionatorie applicabili non hanno alcun riferimento specifico alle mancanze che, del resto, non sono singolarmente indicate.

Nel campo disciplinare, invece, la mancanza è genericamente considerata e ad una medesima mancanza può corrispondere anche l'applicazione alternativa di sanzioni di diversa gravità, a equo e prudente giudizio del giudice disciplinare.

Infatti, mentre la discrezionalità del giudice penale, in ordine all'applicazione della pena, non può esercitarsi se non quando sia espressamente consentita dalla legge, quella del giudice disciplinare è una normalità istituzionale ed è di regola larghissima.

Pertanto, l'applicazione dell'una o dell'altra sanzione disciplinare è lasciata alla discrezionale ma prudente determinazione del giudice disciplinare, il quale, valutata la gravità della mancanza, la personalità dell'incolpato, le modalità con le quali si sono verificati i fatti, sceglie la sanzione disciplinare.

In questa scelta, il giudice disciplinare non è tenuto a seguire l'ordine delle sanzioni previste dall'art. 40 del regolamento, ma ha soltanto il dovere di commisurare l'entità effettiva della sanzione, come specie e come misura, alla gravità della mancanza accertata.

L'ampia discrezionalità riconosciuta al giudice disciplinare in materia non dispensa, però, dall'essere equi e dall'usare uno stesso metro di valutazione nei confronti di tutti gli iscritti, evitando con scrupolo ogni disparità di trattamento.

L'art. 38 del regolamento D.P.R. 221/50, dopo aver affermato che i sanitari che si rendano colpevoli di abusi o di mancanze nell'esercizio della professione o, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del *Consiglio Direttivo* dell'Ordine della provincia nel cui albo sono iscritti, sancisce che: "Il procedimento disciplinare è promosso d'ufficio o su richiesta del Prefetto o del Procuratore della Repubblica".

La richiesta obbliga a dare inizio al procedimento disciplinare anche se poi il suo esito può essere di pieno proscioglimento. In caso di omissione da parte del Consiglio Direttivo di dare inizio al procedimento, o quando, iniziato il procedimento disciplinare, il Consiglio Direttivo trascuri di emettere le sue decisioni, provvederà il Prefetto secondo la procedura stabilita ai sensi dell'art. 75 del T.U. delle leggi sanitarie o dell'art. 48 del D.P.R. 221/50.

Il procedimento è preceduto da una istruttoria sommaria preliminare effettuata dal Presidente dell'Ordine ed è diretta a raccogliere elementi utili al Consiglio direttivo onde decidere se sottoporre o meno al procedimento disciplinare il sanitario nei confronti del quale siano emersi fatti suscettibili di valutazione disciplinare.

Spetta al Consiglio decidere se, in base ai fatti emersi, alle prove acquisite e alle dichiarazioni dell'inquisito, si debba promuovere il procedimento o se ne debba disporre l'archiviazione.

L'eventuale provvedimento disciplinare adottato nei confronti di un sanitario ha natura di atto amministrativo, perché proviene da un organo amministrativo nell'esercizio di una attività avente carattere amministrativo.

Pertanto, va riconosciuto all'organo disciplinare decidente il potere di annullarlo per motivi di legittimità o di revocarlo per motivi di merito.

Questo potere di revisione degli atti amministrativi è riconosciuto alla Pubblica Amministrazione unicamente in vista di un pubblico interesse, venendo a mancare il quale, l'atto di revisione sarebbe viziato per eccesso di potere. Alla stregua di tali principi, i Collegi amministrativi, che giudicano in materia disciplinare i sanitari, hanno facoltà di rivedere, in ogni momento, i provvedimenti disciplinari deliberati che risultino viziati, al fine di eliminarli o di liberarli dai vizi, sempre che sussista un pubblico interesse che ciò giustifichi.

Questa facoltà può essere esercitata anche in pendenza di ricorso in sede giurisdizionale (dinanzi alla Commissione Centrale o alla Corte di Cassazione); in tal caso l'annullamento o la revoca del provvedimento impugnato comporterà l'eliminazione della lite "per cessata materia del contendere".

Contro i provvedimenti disciplinari adottati dal Consiglio direttivo possono proporre ricorso davanti alla *Commissione Centrale* per gli esercenti le professioni sanitarie, l'interessato, il Prefetto o il Procuratore della Repubblica, nel termine di trenta giorni dalla notifica o dalla comunicazione del provvedimento.

La Commissione Centrale è costituita presso il Ministero della Salute; viene nominata con Decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri di concerto con il Ministro di Grazia e Giustizia e rimane in carica quattro anni. E' presieduta da un Consigliere di Stato ed è articolata in cinque sezioni ognuna specifica di una categoria professionale, (medici chirurghi, veterinari, farmacisti, ostetriche, odontoiatri).

La decisione della Commissione è adottata a maggioranza e in caso di parità, prevale il voto del Presidente; contiene tutte le caratteristiche delle sentenze ed è sottoscritta dal Presidente, dall'estensore e dal segretario.

Quando non risolve questioni pregiudiziali o di competenza la decisione può essere:

- di rigetto del gravame, nel qual caso diviene esecutiva la sanzione inflitta dal Collegio che la ha deliberata, anche se il sanitario interessato propone ricorso per Cassazione;
- di accoglimento parziale del ricorso, in tal caso la Commissione sostituisce la sanzione in precedenza inflitta con una propria;
- di accoglimento in pieno per motivi di merito che comporta l'annullamento del provvedimento disciplinare, cosicché il giudice disciplinare può avanzare ricorso per Cassazione;
- di accoglimento in pieno per motivi formali che, comporta l'annullamento del provvedimento disciplinare, fatti salvi gli ulteriori provvedimenti dell'organo disciplinare operante in sede amministrativa. In quest'ultimo caso, il provvedimento

disciplinare non può ritenersi concluso perché la procedura dovrebbe essere ripresa dall'organo disciplinare operante in sede amministrativa.

Avverso le decisioni della Commissione Centrale è ammesso ricorso alle Sezioni Unite della Corte di Cassazione. I ricorrenti possono essere oltre l'interessato, il Prefetto o il Procuratore della Repubblica, il Consiglio Direttivo dell'Ordine avverso la decisione adottata dalla Commissione Centrale sul provvedimento disciplinare del Consiglio adottato; il procedimento è regolato

secondo la disciplina generale prevista dal Codice di Procedura Civile in particolare per quanto riguarda i termini per il ricorso che sono di 60 giorni dalla notifica e non di 30 come previsto dal regolamento.

Disapplicando gli artt. 45 e 62 del Regolamento, è ammessa l'assistenza di un avvocato sia nei procedimenti innanzi al Consiglio dell'Ordine che alla Commissione Centrale. (Sentenza della Commissione Centrale del 20/12/1984 n. 23 - Sentenza Corte di Cassazione Sezioni Unite del 4/7/1989, n. 3195).

Nota: Gli Ordini dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri sono organizzati in una federazione nazionale: la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri che ha sede a Roma. La Federazione è un Ente di natura pubblica ed ha le funzioni di governo e di tutela, sul piano nazionale, delle professioni di medico chirurgo e di odontoiatria, che assolve attraverso i seguenti organi:

- Consiglio Nazionale composto dai Presidenti di tutti gli Ordini Provinciali;
- Comitato centrale composto di 15 membri di cui 13 medici e 2 odontoiatri eletti dal Consiglio nazionale;
- Presidente, Vice Presidente, Segretario e Tesoriere eletti dal Comitato Centrale tra i suoi membri;
- Collegio dei Revisori.

2. La Deontologia medica

Ogni medico è consapevole della personale responsabilità d'ogni atto compiuto nell'esercizio della professione.

Una responsabilità professionale per la quale risponde, primariamente alla propria coscienza, ma alla quale, in alcune circostanze, deve dare giustificata motivazione in altre sedi: quella dell'Ordine professionale e quella giudiziaria.

Vi sono nel Codice Deontologico e nei nostri Codici Civile e Penale norme che danno la definizione di specifici diritti e doveri e che quindi dispongono comportamenti obbligatori.

Per il medico di medicina generale, inteso quale medico di tutta la persona in modo globale, il principio cardine su cui fondare le scelte da compiere deve rimanere sempre quello dell'interesse reale del paziente, attraverso l'applicazione delle norme etiche, morali, professionali, sanitarie e giuridiche cui nel complesso è chiamato a rispondere.

La Deontologia medica (dal greco *deontos*, genitivo di *deon* – dovere, e – *logia*, studio) è lo studio delle norme di comportamento professionale; norme schematicamente di tre ordini: le norme morali, oggetto dell'etica medica; le norme deontologiche propriamente dette; le norme giuridiche.

Per la sua natura interdisciplinare la Deontologia non può essere definita una mera raccolta di consuetudini dell'arte medica, ma rappresenta un complesso di principi etici, di norme e di regolamenti professionali, di morale professionale che risente dei principi generali e delle disposizioni particolari dell'ordinamento giuridico.

Nell'attuale schizofrenia legislativa è necessario porre la dovuta attenzione alle modificazioni delle leggi nazionali e regionali oltre che per l'influenza che hanno sul corretto rapporto medico-paziente anche perché la loro mancata osservanza espone il medico non soltanto a provvedimenti disciplinari ma anche ad eventuali sanzioni civili e penali.

L'esercizio dell'attività medico – chirurgica è regolato da precise discipline tese a garantire la completezza della preparazione tecnico – scientifica del professionista, la qualità delle sue prestazioni e la correttezza dei suoi rapporti con i pazienti, i colleghi, gli enti pubblici e privati e le istituzioni.

Il medico deve agire sempre con scienza e coscienza nell'interesse del malato.

Scienza e coscienza

L'esercizio della professione medica, tecnicamente, umanamente e socialmente valido, non si avvale solo di conoscenze tecnico scientifiche espresse al più alto e aggiornato livello ma trae conforto dal contemporaneo riflesso di norme di condotta teorico–pratica integrative della dottrina e della capacità professionale e di regole di comportamento, di ispirazione etica e sociale, capaci le une e le altre di realizzare una ideale fisionomia professionale del tutto corrispondente ad ogni esigenza sanitaria ed etico–giuridica.

La condotta medica deve pertanto ispirarsi a :

- un fondamento di scienza e di tecnica che il progresso bio-medico tende a rifrangere in una sempre più composita gamma specialistica;
- una sensibilità spiccatissima d'indole etico-giuridica atta a recepire, nel rispetto dei valori fondamentali della vita e della persona umana, quelle regole di comportamento che si ispirano alla tutela di diritti personali e sociali spesso regolati dalla legge e necessariamente influenti sull'atto medico in ogni fase precedente, contemporanea e successiva a quella diagnostico-terapeutica.

Scienza e coscienza, dunque.

3. Il Codice Deontologico

Il Codice Deontologico, approvato il 3 Ottobre 1998 dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO, contiene principi e regole che ogni medico è tenuto ad osservare ed ai quali ispirarsi nell'esercizio della professione in qualsiasi ambito esercitata.

L'esigenza di un nuovo Codice è scaturita da un approfondito dibattito, sia su argomenti impressi dalla bioetica quali la ricerca biomedica, la sperimentazione sull'uomo e le nuove frontiere in tema di fecondazione artificiale,

sia su nuovi principi normativi che hanno inciso sul rapporto tra medico e cittadino quali, segnatamente, la tutela della riservatezza dei dati personali ed, il consenso informato.

Il Codice Deontologico è dunque l'insieme dei doveri di comportamento che il medico deve assumere non solo nel rapporto con il proprio paziente ma anche nei rapporti sociali, tenendo conto della morale corrente, del costume, delle esigenze ambientali.

Per il medico di medicina generale, inoltre, dopo la Riforma Sanitaria (Legge 883/78) la professione ha assunto anche un ruolo pubblico con il superamento, in parte, del tradizionale rapporto medico-paziente e l'adozione di quello della professione al servizio della società.

Nel nostro Sistema Sanitario, infatti, è andato sempre crescendo il peso delle norme legislative e regolamentari che lo Stato direttamente predispone in un'ottica di "interesse comune" a detrimento dello spazio riservato alla diretta interpretazione personale, da parte del medico, delle regole deontologiche.

Comunque, i comportamenti del medico di medicina generale devono avere caratteristiche ben precise: essere improntati a correttezza ed onestà, a collaborazione con enti e pubblica autorità, a colleganza verso gli altri professionisti.

Il nuovo Codice è introdotto dalla formula del nuovo giuramento del medico, molto diverso da quello originario, il famoso "Giuramento di Ippocrate" (5° secolo a.c.), e che i medici della Scuola Ippocratica pronunciavano prima di iniziare la professione.

Struttura del Codice Deontologico

Il Codice si compone di VI Titoli, ognuno suddiviso in diversi Capi contenenti 79 articoli, ed una Disposizione finale.

I Titoli sono così indicati:

- Titolo I – Oggetto e campo di applicazione – art. 1 e 2
- Titolo II – Doveri generali del medico – da art. 3 ad art. 16
- Titolo III – Rapporti con il cittadino – da art. 17 ad art. 56
- Titolo IV – Rapporti con i colleghi – da art. 57 ad art. 66
- Titolo V – Rapporti con i terzi – art. 67 e 68
- Titolo VI – Rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale e Enti pubblici e privati – da art. 69 ad art. 79
- Disposizione finale

Ci soffermeremo sui precetti e sulle novità normative che riguardano più da vicino il medico di medicina generale.

Il Titolo I all'art. 1 definisce il Codice la cui legittimità, dopo un lungo dibattito tra gli esperti medico-legali, circa la natura giuridica del Codice, è stata confermata dalla Corte di Cassazione con Sentenza 6312/1990 in cui si ribadisce che *".....le regole della deontologia professionale sono espressive di attività normative trattandosi di precetti extragiuridici. Compete agli Ordini professionali*

emanare regole di deontologia vincolanti per i propri iscritti. La violazione delle norme così stabilite, aventi valore di norme interne all'ordinamento della categoria, dà luogo a illecito disciplinare.”.

Ma già la Corte Costituzionale, investita del giudizio di legittimità, con Sentenza 12 luglio 1967, n. 110, affermava, il principio generale secondo il quale “ per il fatto dell'appartenenza all'Ordine, si crea un vincolo tra iscritto e gruppo professionale che impone comportamenti conformi ai fini che quest'ultimo deve perseguire. ...”.

In tale ottica trova certezza la funzione disciplinare che compete all'Ordine che nello svolgimento di tale potestà non assume veste giurisdizionale, ma esercita un potere meramente amministrativo.

Il principio è stato ribadito da una successiva decisione della Corte Costituzionale, la Sentenza 23 dicembre 1986, n. 284, in cui viene riconosciuta la piena legittimità delle attribuzioni di un Consiglio dell'Ordine professionale “ ... nella materia disciplinare, attinente in sostanza alle regole di deontologia professionale. ...”.

Il Titolo II al capo 1 definisce la nuova figura del medico che si realizza attraverso la medicina fondata sulle evidenze (**Evidence Based Medicine – E.B.M.**) cioè attraverso la conoscenza e l'applicazione di regole scientifiche che impongono un continuo aggiornamento a principi e metodi scientificamente condivisi ed in cui la libertà di diagnosi e cura si deve accompagnare oltre che a comprovati livelli tecnico-scientifici, a regole etico-giuridiche (la responsabilità professionale penale, civile, deontologica o disciplinare) ed economico-sanitarie.

La libertà di diagnosi e cura deve essere supportata dalle conoscenze tecnico-scientifiche più recenti, dall'aggiornamento continuo, dal rispetto delle regole: scienza e coscienza, dunque, per realizzare la migliore qualità di prestazione sanitaria unita ad una possibile economicità.

La medicina, basata sulle evidenze (E.B.M.) costituisce un nuovo approccio all'assistenza sanitaria dove le decisioni cliniche discendono dall'integrazione tra l'esperienza del medico con le migliori evidenze scientifiche disponibili della letteratura.

Ciò significa che le decisioni cliniche debbono scaturire dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzazione di dati scientifici relativamente all'accuratezza dei test diagnostici, l'efficacia e la sicurezza dei presidi diagnostici e dei trattamenti preventivi, terapeutici e riabilitativi.

L'introduzione delle E.B.M. permette:

- a) al medico, di migliorare il suo ruolo di gestore delle patologie attraverso lo studio delle metodologie innovative messe a disposizione dalla ricerca medico-scientifica più avanzata;
- b) al paziente, di fruire di interventi clinici mirati;
- c) infine al Servizio Sanitario Nazionale, di migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi erogati, attraverso una più razionale gestione delle risorse disponibili.

Il nuovo Codice Deontologico si è adeguato al concetto della medicina basata sulle evidenze. Il medico, non può più “ispirarsi” ma deve “attenersi” alle conoscenze scientifiche (art. 5 - Esercizio della attività professionale).

Inoltre all'art. 12 (Prescrizione e trattamento terapeutico), si ribadisce che il medico deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologiche fondate. La prescrizione di farmaci per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o non ancora autorizzati in commercio è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata. Sono infine vietate, l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica.

Il Codice chiarisce ulteriormente, all'art. 13 (Pratiche non convenzionali) che qualsiasi terapia non convenzionale non deve sottrarre il cittadino a specifici trattamenti di comprovata efficacia e richiede l'acquisizione del consenso informato del paziente.

Si assiste all'ascesa di una medicina forse troppo rigorosa, in cui il processo decisionale del medico risulta fortemente indebolito, una medicina basata su schemi che individuano e schedano formule assolute per economizzare risorse e razionalizzare benessere e aspettative di vita, una medicina sempre più tecnica e sempre meno umana, dimenticando che il paziente va considerato in modo olistico nella sua interezza psico-fisico-sociale.

In questo contesto il legislatore ha cercato di conciliare le esigenze cliniche del medico con le garanzie di sicurezza e di compatibilità economica con la legge 8 aprile 1998, n. 94 in cui si cita che *“il medico nel prescrivere un medicinale deve attenersi alle indicazioni terapeutiche, alle vie e modalità di somministrazione previste dall'autorizzazione all'immissione al commercio rilasciata dal Ministero della Sanità”*.

In particolare casi il medico, sotto la sua diretta responsabilità e previa acquisizione del consenso informato del paziente, può prescrivere un medicinale autorizzato all'immissione al commercio per una indicazione diversa.

Particolare attenzione va posta nella prescrizione dei medicinali che comportano tossicodipendenza e soggette alle disposizioni di cui al D.P.R. 1990, n. 309.

Il medico che prescrive preparazioni contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope è tenuto ad alcuni obblighi:

1. uso di tali sostanze soltanto a scopo terapeutico;
2. uso del ricettario speciale conforme ai modelli ministeriali;
3. particolari modalità di compilazione della ricetta.

D'altra parte, la recente legge 12/2001, pur con lo scopo di agevolare l'impiego di farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore ne ha limitato l'uso, strettamente terapeutico, nel dolore severo in caso di patologia neoplastica o degenerativa, vietando l'uso di tali farmaci in altre condizioni patologiche (ad es. stati spastici, sindrome ansiosa ecc.). Né è da trascurare la responsabilità penale del medico prevista dall'art. 613 c.p. che commina sanzioni (reclusione da

uno a cinque anni) per chiunque mediante somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti ponga una persona in stato di incapacità di intendere e di volere.

Lo stesso **Titolo II** al Capo III tratta il **segreto professionale** e la **tutela dei dati personali**.

Il Segreto professionale (art. 9)

La tutela del segreto professionale è uno dei cardini essenziali di ogni professione ed in particolare della professione medica. La necessità della tutela del segreto è rilevante nell'ambito della professione medica non solo per la necessità di garantire il diritto alla riservatezza propria del paziente, ma financo per non esporlo al rischio di danni gravissimi, anche se giusti, quale l'incriminazione in sede penale.

L'obbligo al segreto era previsto fin dal giuramento di Ippocrate: “ Se durante il trattamento o anche dopo la guarigione, dovessi scoprire nella vita dei miei ammalati cose che non conviene che siano divulgate, le considererò come segreto e mi imporrò il più assoluto silenzio”.

All'obbligo del segreto il Codice dedica specifiche disposizioni negli art. 326 e 622 c.p. e art. 200 c.p.p. . Il medico può trovarsi soggetto ad entrambe tali disposizioni.

L'obbligo di osservare il segreto professionale concerne ogni medico, libero professionista, dipendente o convenzionato, nell'esercizio della sua attività professionale.

Art. 326 c.p. (*Rivelazioni di segreti di ufficio*): “ *Il pubblico ufficiale, o la persona incaricata in un pubblico servizio che violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.*

Se l'agevolazione è soltanto colposa, si applica la reclusione fino ad un anno.

Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di pubblico servizio che, per procurare a sé o ad altri un indebito profitto patrimoniale, si avvale illegittimamente di notizie di ufficio le quali debbano rimanere segrete è punito con la reclusione da due a cinque anni. Se il fatto è commesso a fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto non patrimoniale o di cagionare ad altri un danno ingiusto, si applica la pena della reclusione fino a due anni”.

Art. 622 c.p. (*Rivelazioni di segreto professionale*): “*Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato di ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da lire sessantamila un milione.*

Il delitto è punibile a querela della persona offesa”.

Il nuovo Codice di procedura penale ha dedicato distinte disposizioni al segreto professionale (art. 200) e al segreto di ufficio (art. 201).

Art. 200 c.p.p. (*Segreto professionale*).

1. *Non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto per ragioni del proprio ministero, ufficio o professione, salvi i casi in cui hanno l'obbligo di riferirne all'Autorità giudiziaria:*
 - a) *I ministri di confessioni religiose, i cui statuti non contrastano con l'ordinamento giuridico italiano;*
 - b) *Gli avvocati, i procuratori legali, i consulenti tecnici e i notai;*
 - c) *I medici e i chirurghi, i farmacisti, le ostetriche e ogni altro esercente una professione sanitaria;*
 - d) *Gli esercenti altri uffici o professioni ai quali la legge riconosce la facoltà di astenersi dal deporre determinata dal segreto professionale.*

2. *Il giudice, se ha motivo di dubitare che la dichiarazione resa da tali persone per esimersi dal deporre sia infondata, provvede agli accertamenti necessari: Se risulta infondata, ordina che il testimonio deponga.*

3. *Le disposizioni previste dai commi 1 e 2 si applicano ai giornalisti professionisti iscritti nell'Albo professionale, relativamente ai nomi delle persone delle aule i medesimi hanno avuto notizie di carattere fiduciario nell'esercizio della loro professione. Tuttavia se le notizie sono indispensabili ai fini della prova del reato per cui si procede e la loro veridicità può essere accertata solo attraverso l'identificazione della fonte della notizia, il giudice ordina al giornalista di indicare la fonte delle sue informazioni”.*

Art. 201 c.p.p. (Segreto di ufficio).

“ Salvi i casi in cui hanno l'obbligo di riferirne all'autorità giudiziaria, i pubblici ufficiali, i pubblici impiegati e gli incaricati di un pubblico servizio hanno l'obbligo di astenersi dal deporre su fatti conosciuti per ragioni del loro ufficio che devono rimanere segreti”.

Il medico libero professionista è tenuto al segreto professionale, non solo perché tale è il dettato del Codice deontologico, ma anche perché ciò gli è imposto espressamente dalle normative penali che, appunto, tutelano la riservatezza delle notizie sulle malattie e sui soggetti che ne sono portatori: gli art. 326 e 622 c.p. .

Il medico convenzionato, allorché effettua la prestazione a favore del suo assistito, può assumere la veste di incaricato di pubblico servizio o quella di pubblico ufficiale.

Mentre nell'ipotesi di cui all'art. 326 c.p. (*Rivelazione di segreto di ufficio*) è prevista la sola reclusione, in quella di cui all'art. 622 c.p. (*Rivelazione di segreto professionale*) è prevista in alternativa la reclusione o la multa.

Per la sussistenza del reato di cui all'art. 326 c.p. non occorre che le notizie rilevate siano apprese dal pubblico ufficiale per ragioni del suo ufficio, ma è sufficiente che si tratti di notizie di ufficio, cioè appartenenti ad un determinato

ufficio e delle quali il funzionario sia venuto a conoscenza violando i doveri inerenti alla funzione o al servizio, oppure abusando della propria qualità (Cass. Sez. 3, sent. Del 11/03/71).

In tale reato possono concorrere anche terze persone che non siano né medici, né infermieri, che abbiano ricevuto la notizia ed abbiano poi contribuito alla sua divulgazione e diffusione (Cass. Sez. unite del 28/11/81).

L'obbligo del segreto professionale trae origine sia dall'esigenza di tutela della vita privata, sia dall'obbligo accessorio che assume il medico curante.

Per la sussistenza del reato di cui all'art. 622 c.p., occorre che al paziente possa derivare un danno dalla rivelazione da parte del medico della patologia di cui è affetto (la norma parla di "nocumento").

L'inderogabile obbligo del segreto viene meno quando l'ammalato rivela egli stesso a terzi la sua malattia, oppure esonera il medico dal tenere il segreto sul male di cui è affetto (ad es.: bollettini medici, divulgazione nel caso di malattia di personalità pubbliche).

A norma dello stesso art. 622 c.p., inoltre, la rivelazione che avviene per giusta causa esclude la sussistenza del reato.

La giusta causa nella rivelazione si ha:

- 1) per uno specifico ordine del legislatore;
- 2) per un ordine dell'autorità;
- 3) per ragioni socialmente rilevanti.

Nella prima ipotesi viene fatta rientrare la denuncia obbligatoria delle malattie previste dalla legge (malattie infettive e diffuse, veneree e contagiose, malattie professionali, ecc.) e l'obbligo del referto; nel secondo caso rientrano le richieste che provengono dall'Autorità Giudiziaria o Amministrativa.

Nella terza ipotesi si possono far rientrare tutti quei casi in cui la rivelazione avvenga per causa socialmente rilevanti: E' stata considerata tale la rivelazione fatta dal medico per difendersi da false accuse rivoltegli dal suo assistito. Del pari, è stata considerata tale anche quella effettuata in occasione della presentazione al Consiglio dell'Ordine della parcella come documento giustificativo della richiesta di onorari per prestazioni professionali non pagate.

Le norme deontologiche sul segreto professionale sono ancora più rigorose di quelle penali.

Ai sensi dell'art. 9, il medico deve conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate nel rispetto dei principi che garantiscono la tutela della riservatezza. Costituiscono, pertanto, giusta causa di rivelazione, oltre ai referti, anche le denunce e le certificazioni obbligatorie, nonché *"l'urgenza di salvaguardare la vita e la salute dell'interessato o di terzi qualora l'interessato stesso non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità d'agire o per incapacità di intendere e di volere"*.

Inoltre nel suddetto caso d'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, si riscontra la giusta causa di rivelazione anche in caso di diniego del consenso da parte dell'interessato ma, in tal caso, è necessaria l'autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali. *" La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto. Il medico non deve rendere al giudice*

testimonianza su ciò che gli è stato certificato o è pervenuto a conoscenza nell'esercizio della professione".

L'art. 10 prevede, inoltre, che il medico debba tutelare la riservatezza dei dati personali informando i propri collaboratori dell'obbligo del segreto professionale.

Ai sensi dell'art. 11, infine, il medico deve porre in essere ogni precauzione atta a garantire la tutela del segreto professionale anche nella comunicazione di atti o documenti relativa a singole persone e destinata ad enti o autorità che svolgono attività sanitarie; deve acquisire il consenso del paziente e dei suoi rappresentanti legali nel caso di diffusione di bollettini medici e non può collaborare alla costituzione di banche di dati sanitari ove non esistano garanzie di tutela in merito alla riservatezza, alla sicurezza ed alla vita privata della persona.

Documentazione e tutela dei dati personali (art. 10 e 11)

La Legge sulla Privacy

Il diritto alla riservatezza appartiene ai diritti inviolabili dell'uomo che l'art. 2 della Costituzione riconosce e garantisce. Questo diritto, da cui scaturisce l'obbligo al segreto, assume una valenza del tutto particolare nell'ambito della relazione che si stabilisce tra medico e paziente, il cui cardine è costituito dal rapporto fiduciario tra i medesimi.

Il malato, infatti, mette a disposizione del medico tutta la propria persona, comprese le più intime informazioni, al fine di ottenere la migliore tutela di un bene prezioso, quale la salute. E' evidente che la rilevazione da parte del medico di notizie riguardanti la persona del paziente potrebbe avere effetti gravissimi non solo in forma diretta ed immediata, mettendo in crisi il rapporto fiduciario, ma anche a lungo termine, potendo indurre il paziente a tacere al medico notizie e informazioni preziose per la diagnosi e per la terapia.

La Legge 31 Dicembre 1996, n. 675 " Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" e successive modificazioni, obbliga il medico di medicina generale alla tutela dei dati sanitari del paziente.

La legge garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche con particolare riferimento alla riservatezza e alla identità personale.

Il medico, quale responsabile del trattamento dei dati, non è tenuto a darne notifica al Garante se i dati vengono raccolti e trattati per le sole finalità direttamente collegate all'adempimento di specifiche prestazioni inerenti l'attività professionale, e fermo restando il segreto professionale.

Il medico è tenuto, comunque, per il trattamento (raccolta, registrazione e utilizzazione) dei dati personali ad acquisire, per iscritto, il consenso del paziente, dopo averlo informato sui diritti introdotti dalla legge, anche se il trattamento è effettuato per fini esclusivamente di diagnosi e cura. Il medico che sostituisce un proprio collega può utilizzare il suo schedario dei pazienti ove vi sia stato il consenso del paziente. Il consenso occorre, inoltre, anche per le informazioni acquisite anteriormente alla entrata in vigore della Legge 675/96 (8 Maggio 1997). Alcune novità sono state introdotte dal Decreto Legislativo 30 Luglio 1999,

n. 282 "Disposizioni per garantire la riservatezza dei dati personali in ambito sanitario" entrato in vigore il 1° Ottobre 1999. La nuova normativa prevede che con Decreto del Ministero della Sanità sono individuate modalità semplificate per l'informativa e la prestazione del consenso. In particolare l'informativa è affidata al medico di medicina generale di libera scelta ed il consenso prestato è valido anche per conto di più titolari del trattamento dei dati con riguardo alla richiesta di prestazioni specialistiche, alla prescrizione dei farmaci, alla raccolta di dati da parte del medico di medicina generale detenuti da altri titolari, e alla pluralità di prestazioni mediche.

Con provvedimento del 29 Settembre 1999 il Garante ha emanato l'autorizzazione n. 2/1999 con cui, tra l'altro, autorizza gli esercenti le professioni sanitarie a trattare i dati idonei a rivelare lo stato di salute, qualora i dati e le operazioni siano indispensabili per tutelare l'incolumità fisica e la salute di un terzo o della collettività, e il consenso non sia prestato o non possa essere prestato per effettiva irreperibilità.

La legge 325/2000 detta nuove disposizioni inerenti all'adozione delle misure minime di sicurezza nel trattamento dei dati personali previste dall'art. 15 della L. 675/96.

E' conforme alla Legge 675/96 la possibilità per il medico di apporre sulla ricetta la formula "omessa diagnosi su esplicita richiesta del paziente" seguita dalla firma del paziente stesso.

La legge 675/1996 ha convertito in legge dello Stato un comportamento etico già previsto nel Codice Deontologico del 1995 ed ha influenzato a sua volta la stesura attuale.

Infatti la versione del 1998 tiene conto dell'introduzione della Legge n. 675/96 ribadendo, all'art. 31, che l'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso del paziente. Al testo dell'art. 31 dell'attuale stesura, inoltre, rispetto al precedente è stato aggiunto il 2° comma che recita: *"In caso di paziente ricoverato, il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili"*.

Appare evidente che non si parla più di informazione ai congiunti ma di informazione a terzi, utilizzando un termine di legge omnicomprensivo e, di conseguenza, più appropriato del precedente e idoneo a considerare anche legami personali di fatto.

Il Titolo III, Capo I, all'art. 19 (rifiuto d'opera professionale), conferma la potestà del medico di rifiutare la propria opera quando gli vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua scienza e coscienza, sempre che la omissione non sia di grave nocimento per la salute della persona assistita.

All'art. 22, (**Certificazione**), il Codice dispone:

"Il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al cittadino certificati relativi al suo stato di salute. Il medico nel redigere certificazioni deve valutare ed attestare soltanto dati clinici che abbia direttamente constatato".

Con tali clausole l'art. 22 pone in modo molto preciso gli obblighi del medico e i principi ai quali questi deve ispirarsi in materia di certificazione. In particolare incombono al medico:

- l'obbligo del rilascio del certificato su richiesta del cliente e direttamente al cliente medesimo;
- l'obbligo della corrispondenza del certificato alle constatazioni dirette effettuate dal medico.

Il primo di questi principi vincola il medico ad adempiere alle richieste del paziente circa il rilascio del certificato, ma vincola nel contempo il medico anche a prestare attenzione alla persona cui egli consegna il certificato.

Il Codice Deontologico precisa che il medico non può rifiutarsi, su richiesta del paziente, di consegnargli direttamente il certificato. Il medico invece può ed anzi ha il dovere di rifiutarsi di rilasciare il certificato a persona diversa dal paziente, quando egli ritenga che con tale rilascio violerebbe il segreto professionale nei confronti del paziente o comunque tradirebbe i desideri del paziente medesimo. Perciò, se è il paziente a chiedere al medico il rilascio del certificato, *nulla quaestio*. Ma se, a nome del paziente, altra persona chiede la consegna del certificato, il medico deve essere sicuro che la consegna di quel certificato, a quella persona, corrisponda alla volontà del paziente.

Il Codice Deontologico, impone, inoltre, al medico di rilasciare certificazioni solo se risultano da "constatazioni dirette". Il certificato, quindi, deve essere compilato sulla base di fatti dei quali il medico si è reso conto personalmente e direttamente e non di quanto gli viene riferito da terze persone, o su fatti che egli non è stato in grado di constatare. Presupposto per il rilascio del certificato è, come si è detto, la conoscenza diretta e personale del medico dei fatti che egli certifica.

Il medico, in nessun caso, deve certificare quanto dichiarato dall'assistito circa patologie verificatesi nei giorni precedenti a quello in cui viene richiesta e rilasciata la certificazione; si può adottare una formulazione dalla quale si evinca che ci si limita a riportare quanto riferito dal paziente circa il suo stato morboso con conseguente inabilità.

Il secondo periodo dell'art. 22 obbliga il medico a redigere certificazioni che siano risultate da "dati clinici che abbia direttamente constatato". Torna quindi la parola "direttamente" ed essa deve essere intesa in modo del tutto rigoroso. Il medico non può rilasciare il certificato sulla base di quanto gli venga riferito da terze persone o su quanto egli stesso non abbia avuto modo di constatare. Poiché presupposto del certificato è la conoscenza diretta da parte del medico dei fatti che egli certifica, è ovvio che il certificato presuppone non soltanto la visita, ma la conoscenza del paziente e quindi di tutto ciò che nel certificato è attestato.

Ovviamente il certificato trae origine da una richiesta del paziente e dai disturbi che egli stesso indica al medico e che non sempre sono obiettivamente. Il medico perciò non risponde delle false indicazioni che il paziente gli abbia dato.

Se si tratta di disturbi che il medico può obiettivamente riscontrare userà nel certificato la formula " il paziente presenta.....". In caso contrario è più pertinente la formula " Il paziente accusa.....".

Problema importante è quello delle “*diagnosi riferite*”. E’ possibile che determinate patologie, a volta di breve durata, (crisi vertiginosa, sindrome diarroica, crisi di emicrania, colica renale, ecc.) e di cui il medico ha, nel suo schedario, notizia non siano obiettivamente al momento della visita. Il medico, a nostro parere, deve rilasciare anche in questi casi il certificato perché non può escludere che l’episodio morboso si sia verificato (ne verrebbe meno il rapporto di fiducia con il paziente!) e non può contrastare con l’interesse del paziente ad ottenere il certificato. In tali casi il medico certifica che il paziente “accusa.....” lasciando allo stesso paziente la responsabilità di quanto esso riferisce al medico il quale esprime il suo giudizio (diagnosi e prognosi) sulla attendibilità della sintomatologia riferita. Tale determinazione del medico è stata confermata dalla Corte di Cassazione – Sezione Lavoro con sentenza del 27 Marzo 1991 “..... *il giudizio sotteso alla prognosi non verte soltanto sul decorso futuro del fenomeno morboso ma concerne una valutazione complessiva dello stesso che sulla base della diagnosi e dello stato di avanzamento dello stato della malattia in atto può riferirsi al periodo antecedente al momento in cui la visita medica viene effettuata*”.

E’ consigliabile nel caso di *diagnosi riferita* ed in assenza di obiettività riscontrabile non indicare ulteriori giorni di prognosi, fatta salvo la necessità di effettuare accertamenti clinico-specialistici necessari per poter raggiungere una corretta diagnosi.

Il certificato, infine, contiene quello che costituisce il dato intellettuale, e cioè il giudizio clinico che il medico si è formato sul quadro morboso del paziente, e che si racchiude in una diagnosi e in una prognosi. Questi ultimi dati, proprio perché intellettivi, non sono obiettivamente: un dato obiettivo è la temperatura febbrile del paziente, non la causa che la determina. Il medico che agisce secondo scienza e coscienza deve essere però in grado di giustificare la diagnosi e la prognosi secondo l’apprezzamento clinico che egli ha compiuto, in relazione ai dati obiettivi che ha riscontrato ed a quelli che il paziente gli ha fornito e che possono essere anche ingannevoli.

La Corte di Cassazione con due sentenze, rispettivamente della Sezione IV Penale del 24 maggio 1977 e della Sezione V Penale del 16 febbraio 1981, ha fissato questa massima:

“il reato di falsità ideologica in certificazioni amministrative deve ritenersi sussistente in tutti i suoi elementi quando il giudizio diagnostico espresso dal medico certificante si fonda su fatti esplicitamente dichiarati o implicitamente contenuti nel giudizio medesimo, che siano non rispondenti al vero e che ciò sia conosciuto da colui che ne fa attestazione”.

Il medico non è quindi punibile per il reato di falso in certificazioni per le false indicazioni che il paziente abbia dato purché, ovviamente, non sia consapevole della falsità di quelle indicazioni e purché non le faccia proprie attraverso dichiarazioni implicite od esplicite contenute nel certificato.

Importante, ci sembra, la recentissima Sentenza n. 45200/2001 della Corte di Cassazione V° Sez. Penale.

Il fatto: un medico accogliendo la richiesta di una paziente che lamentava di aver avuto una colica renale le aveva rilasciato un certificato per giustificare l’assenza dal lavoro, dopo averle somministrato un calmante.

La Corte circa il comportamento della paziente ha sottolineato che “*la*

paziente avesse indotto il medico circa le sue effettive condizioni di salute spingendolo a rilasciare un certificato falso"; circa il comportamento del medico ha osservato che *"se il professionista non era sicuro della diagnosi effettuata (sussistenza o meno della renella) non poteva rilasciare un certificato medico attestante tale infermità a lui sconosciuta"* e , pertanto, con valutazione di merito non sindacabile, ha dedotto che il certificato medico ha dedotto che il certificato medico fosse quantomeno compiacente.

La Corte ha giudicato sia il medico che la paziente colpevoli del reato di falsità ideologica in certificato confermando la condanna e la pena comminata in secondo grado di giudizio.

La Sentenza assume, a nostro parere, grande importanza perché è la prima volta che la Suprema Corte condanna per falso ideologico in certificazione non soltanto il medico ma anche il paziente che lo ha indotto in errore.

Sempre il **Titolo III**, Capo II, all'art. 28 (**comparaggio**) il Codice si occupa del comparaggio.

Il termine comparaggio deriva dal francese "comparage" che significa "accordo fraudolento". E' un illecito vietato dal codice penale e consiste nell'impegno di un medico ad agevolare, a scopo di lucro, la diffusione di prodotti farmaceutici.

Nel Codice Deontologico compare, per la prima volta, un apposito articolo che vieta espressamente ogni forma di comparaggio in quanto lesivo e condizionante della dignità e dell'autonomia che devono, invece, contrassegnare sempre l'esercizio dell'attività professionale.

Nella formulazione dell'articolo sono stati volutamente utilizzati termini incisivi ed omnicomprensivi tali da scongiurare forme anche larvate di comparaggio.

Lo stesso **Titolo III** al Capo IV (articoli 30 – 35) regola **l'informazione ed il consenso**.

L'art. 32 della Costituzione recita: *"Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*. Dal dato testuale si evince che il medico non è legittimato ad agire se non in presenza di un'esplicita manifestazione di volontà del paziente che si affida alla sua opera professionale, ad eccezione dei pazienti che non siano in grado di comprendere e, nel contempo, siano in pericolo di vita ed il trattamento risulti, pertanto, improcrastinabile. Ne deriva, quindi, un diritto del cittadino di essere informato sul proprio stato di salute, sulle procedure da adottare per una corretta diagnosi nonché sull'eventuale terapia prescritta.

Il consenso informato può essere definito come dazione di consenso in forma scritta, che proceduralmente si connota di un modulo, datato e firmato, mediante il quale un soggetto accetta volontariamente da parte del medico curante una proposta diagnostica , terapeutica o sperimentale, caratterizzata da particolari rischi.

E' importante sottolineare il fatto che, tra l'altro, si tratta di interventi che richiedono che l'individuo metta a disposizione il proprio corpo alla prestazione del caso e che quindi incidono sulla sfera più intima e privata del soggetto,

toccando valori oggetto di tutela costituzionale, come il diritto alla vita e alla salute, come il diritto all'integrità ed alla dignità personale.

Nel momento in cui si sottopone a trattamenti sanitari, il soggetto esercita il suo diritto alla salute inteso, innanzitutto, come diritto alla cura della malattia in atto.

La volontà del titolare del diritto è, quindi, la base di ogni intervento sulla sua persona.

Il consenso, perciò, è personale e non è delegabile ad altri: solo in caso di minori o di incapaci, il consenso viene prestato da chi ne abbia la tutela o, in determinate circostanze, dal giudice.

Oltre ad essere esplicito e personale, il consenso deve essere specifico e consapevole, deve essere l'espressione di una piena volontà del paziente e non semplicemente l'adesione ad una decisione medica già presa.

E' evidente, quindi, che il consenso debba essere preceduto da un'informazione adeguata che non sia una semplice trasmissione di dati e notizie, ma che necessariamente indichi al paziente le alternative terapeutiche possibili.

Un'adeguata informazione non certamente finalizzata a colmare l'inevitabile differenza di conoscenze tecniche tra medico e paziente, bensì finalizzata a porre quest'ultimo in grado di operare una scelta consapevole.

Ai sensi dell'art. 30, il medico deve fornire una "idonea" informazione sulla diagnosi, sulla prognosi e sulle prospettive terapeutiche, nonché sulle "prevedibili" conseguenze delle scelte operate.

Per "scelte operate" si intende, infatti, non soltanto la terapia prescritta ma anche i mezzi diagnostici che si intendono utilizzare per una corretta diagnosi nonché informazioni in termini di prevenzione.

Nell'informare il paziente, il medico dovrà tenere conto soltanto delle sue capacità di comprensione al fine di promuovere la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Giusto quanto sopra, ne consegue che la nuova codificazione impone che il paziente venga informato di tutto, anche di una malattia dalla prognosi infausta: in tali casi, il correttivo disposto consiste nel fornire la suddetta informazione con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

Ai sensi dell'art. 31, l'informazione sullo stato di salute da dare a terzi è ammessa soltanto previo esplicito consenso del malato.

L'art. 32 prevede l'acquisizione del consenso in forma scritta nei casi previsti dalla legge (come, per esempio, in caso di trasfusioni di sangue o di emoderivati o nei casi previsti dalla c.d. legge sulla privacy), in campo di sperimentazione e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona.

L'art. 33 disciplina il consenso ad interventi diagnostici e terapeutici espresso dal rappresentante legale in caso di minore o di soggetto interdetto o inabilitato.

Ai sensi dell'art. 34 il medico ha l'obbligo di informare il minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante.

Analogamente deve comportarsi il medico nei confronti del maggiorenne infermo di mente.

L'art. 35, infine, nel disciplinare l'assistenza d'urgenza, dispone, in chiave con la disciplina dello stato di necessità di cui all'art. 54 del codice penale, che allorché sussistano condizioni d'urgenza e in caso di pericolo di vita di una persona che non possa esprimere al momento volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure disponibili.

Si ricorda, comunque, che il consenso informato è revocabile in ogni momento.

Ancora nel **Titolo III**, Capo VIII, l'art. 46 è dedicato al consenso informato in tema di sperimentazione.

La ricerca biomedica e la sperimentazione sono, infatti, subordinate al consenso del soggetto in esperimento che deve essere espresso per iscritto, liberamente e consapevolmente, previa specifica informazione sugli obiettivi, sui metodi e sui benefici previsti, nonché sui rischi potenziali e sul diritto del soggetto stesso a ritirarsi in qualsiasi momento della sperimentazione.

La comunicazione tra medico e malato sulle conseguenze possibili o probabili che possano derivare dalla sperimentazione clinica, costituisce un presupposto cruciale per rispettare la dignità e la libertà del malato con la rinuncia ad ogni atteggiamento autoritario, nell'intento di rendere il paziente partecipe quanto più possibile del comune impegno alla tutela della salute.

In tale ottica, il consenso informato rappresenta un momento fondamentale per favorire la ricerca di alleanza terapeutica nell'ambito delle leggi e del Codice Deontologico e rappresenta uno strumento per concretizzare la piena umanizzazione dei rapporti tra medico e cittadino.

Gli aspetti giuridici del consenso informato

Uno dei capisaldi che, nell'interpretazione delle nostre leggi, fa sì che l'opera del medico diventi legittima è certamente rappresentato dal "consenso del paziente".

Infatti l'art. 50 del c.p. così recita: *"non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che ne può validamente disporre"*.

Nel nostro ordinamento giuridico non esiste alcuna norma che afferma in modo specifico la "liceità" del trattamento medico-chirurgico; essa trova la motivazione in norme spesso di carattere generale e spesso soggette a interpretazioni diversificate. Anche il Codice di Deontologia medica nell'art. 32 sancisce il divieto per il medico di intraprendere attività diagnostico e/o terapeutica senza il valido consenso del paziente.

La funzione e la natura del consenso, nell'attività sanitaria, è stata chiaramente indicata dalla Corte di Cassazione in due decisioni.

La prima è della Sezione III del 25 Luglio 1967, n. 1950: *"Fuori dei casi di intervento necessario ed urgente, il medico, nell'esercizio della professione sanitaria, non può, senza un valido consenso del paziente, sottoporre costui ad alcun trattamento medico-chirurgico suscettibile di porre in grave pericolo la vita e l'incolumità fisica; si fa logicamente eccezione in situazioni estreme nelle quali l'intervento del sanitario, qualunque possa essere l'esito, si appalesi necessario"*

ed urgente, laddove in situazioni del genere il paziente neppure si trova in grado di esprimere una cosciente volontà favorevole o contraria all'eventi stesso".

La seconda pronuncia della Cassazione è sempre della Sez. III, la n. 2439 del 5 Giugno 1975: *"Tranne il caso di situazioni estreme nelle quali l'intervento del sanitario, qualunque possa essere l'esito, si palesi necessario ed urgente ed il paziente non si trova in grado di esprimere una cosciente volontà favorevole o contraria, il medico, il quale intenda eseguire sul corpo del paziente l'intervento rischioso tale da porre in serio pericolo la vita e l'incolumità fisica, ha il dovere professionale di renderlo di ciò edotto affinché possa validamente, cioè consapevolmente, prestare assenso al trattamento sanitario prospettatogli".*

Per la Cassazione, quindi, il consenso è il presupposto di legittimità del trattamento medico-chirurgico; in caso di mancanza di esso, il trattamento integrerebbe gli estremi del reato di violenza privata (art. 610 c.p.) oppure quello di stato di incapacità procurata mediante violenza (art. 613 c.p.) oppure quello di lesione personale (art. 582 e 583 c.p.) se dall'attività sanitaria siano derivati una malattia nel corpo o nella mente, ed anche quello di omicidio preterintenzionale (art. 584 c.p.) se dal trattamento medico-chirurgico sia derivata la morte.

Fuori dalla situazione di urgenza, il consenso deve essere, dunque, libero, cosciente, espresso senza costrizioni o pressioni psicologiche ed informato, cioè con la comprensione da parte del paziente del tipo di condotta terapeutica e delle sue alternative.

Il consenso deve condizionare tutti gli interventi sanitari e deve essere preceduto da una adeguata informazione che tenga conto del grado culturale, delle capacità intellettive e dello stato psichico del soggetto malato; il dovere dell'informazione non si esaurisce nella fase iniziale, ma permane durante tutte le fasi della cura in relazione all'evoluzione dello stato morboso.

E' bene ricordare che in tema di consenso informato c'è stata, negli ultimi anni, una eccessiva enfattizzazione in chiave giuridica tanto da averlo trasformato in uno dei più frequenti fattori di conflittualità giudiziaria tra paziente e medico.

Una recentissima sentenza della Corte di Cassazione ha profondamente modificato l'indirizzo giurisprudenziale finora tenuto dalla Corte in tema di consenso.

La sentenza della Suprema Corte, n. 6789 dell' 11 luglio 2002 ha sancito che *".....l'attività medico-chirurgica non può integrare, ove correttamente svolta, il reato di lesioni personalivolontarie anche quando manchi il consenso del malato e l'esito risulti a questi non favorevole. Nessun profilo di colpa emerge a carico del medico se ha rispettato le regole dell'arte medica e d'eseguito scelte calibrate ed accorte a fronte di una situazione di difficile controllo;secondo l'attuale quadro normativo il medico è legittimato a sottoporre il paziente al trattamento terapeutico che giudica necessario a salvaguardia della sua salute, e ciò anche in assenza di un esplicito consenso; è solo la volontà inequivocabilmente negativa manifestata dal paziente, ossia il rifiuto del trattamento terapeutico prestatogli, che vincola il medico a non effettuarlo e ciò anche a rischio di morte del paziente;sicché il medico non può manomettere l'integrità fisica del paziente quando questi abbia espresso il suo*

dissenso, pena la possibile configurazione del reato di violenza privata (art. 610 c.p.) ma mai l'ipotesi dell'omicidio preterintenzionale (art. 584 c.p.);ma fuori dell'ipotesi di un intervento coattivo....., deve decisamente escludersi che il medico possa essere chiamato a rispondere dei presunti danni cagionati all'integrità del soggetto sul quale ha operato a regola d'arte".

Questa sentenza rende merito ai medici che esplicano la loro attività professionale con prudenza, diligenza e perizia, con scienza e coscienza.

L'obbligo di informare il paziente allo scopo di ottenere un valido consenso è stato inserito nel Codice Deontologico all'art. 30: l'informazione deve essere la più obbiettiva possibile riguardo la diagnosi, la prognosi, le prospettive diagnostico-terapeutiche e le sue eventuali alternative al fine di favorire una più consapevole ed efficace partecipazione alle cure.

In relazione al consenso dei minori, il medico deve rivolgersi ai genitori e, qualora i genitori siano assenti o manifestino una volontà diversa, deve interpellare il giudice tutelare.

Sotto l'aspetto penalistico, a differenza della drasticità e durezza della disposizione deontologica, l'informazione si ritiene soddisfatta anche allorché sia stata generica e indeterminata se imposta dalla opportunità e dalla necessità di non aggravare una eventuale già fragile situazione psichica del paziente.

La rilevanza del consenso è ben rappresentata dal significato che la legge conferisce all'integrità psicofisica del cittadino e al suo pieno diritto alla specifica tutela.

Il bene dell'integrità psicofisica è protetto dalla legge nei confronti non solo di coloro che ne realizzano per dolo o per colpa una qualunque menomazione, ma anche nei confronti del singolo titolare di tale bene; l'art. 5 del C.C. *"vieta atti di disposizione del proprio corpo quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume"*.

In un unico caso il consenso può essere espresso in deroga all'art. 5 c.c.: l'espianto di un rene da un soggetto ex lege abilitato; e ciò in forza della legge 26 Giugno 1967 il cui art. 1 così recita: *"In deroga al divieto di cui all'art. 5 del codice civile, è ammesso a disporre, a titolo gratuito, del rene al fine del trapianto tra persone viventi"*.

Il consenso, dal quale si può prescindere, oltre che per disposizione di specifica legge, solo quando il paziente non sia in condizioni di comprendere e contemporaneamente versi in grave pericolo (stato di necessità, art. 54 c.p.) tale da rendere improcrastinabile il trattamento, rende legittimo l'operato del medico, altrimenti passibile di incorrere nelle situazioni previste per colui che commetta reati di lesione personale, di violenza privata ovvero di soppressione della coscienza e della volontà (art. 728 c.p.).

Specifiche disposizioni di legge possono autorizzare un trattamento medico-chirurgico anche contro la volontà del paziente: è il caso di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori (T.S.O.) come previsti dalla legge 833/78 agli art. 33, 34 e 35.

Il consenso non può, tuttavia, legittimare un autonomo atto del medico diretto ad accelerare la morte di un paziente ormai condannato ed in preda a gravissime sofferenze. Al di là della legge morale che stabilisce l'intangibilità della vita umana e ne impone il rispetto anche al titolare della stessa, specifiche norme penali prevedono la punibilità dell'omicidio del consenziente (art. 579 c.p.), con particolare inasprimento della pena se questi esercita una professione sanitaria.

L'eutanasia, è vero, solleva problemi di indole morale, deontologici e sociali di grande interesse; ma il medico non può dimenticare che la sua potestà è unicamente e solo quella di curare, e, se possibile, di guarire, e lenire il dolore, mai danneggiare e tanto meno sopprimere la vita, non avendo alcuna rilevanza in tale contingenza, la presunta umanitarità (liberazione del paziente da sofferenze atroci) o utilità sociale del fine (sperimentazione) ed ancor meno la sollecitazione del paziente. D'altronde uno Stato che tutela la salute non può autorizzare coloro che posseggono strumenti atti a tal fine ad utilizzarli per azioni che implicano, invece, il disprezzo della vita e della dignità umana.

L'acquisizione del consenso è, dunque, per il medico un dovere con risvolti etici, giuridici e deontologici, e per essere valido deve essere condizionato ad una adeguata informazione data al paziente.

Elemento fondamentale del consenso è la percezione della reale volontà del paziente di sapere; la discrezionalità del medico e la sua capacità di valutare le condizioni psicologiche del paziente sono comunque imprescindibili anche nel rispetto della necessità di informare. In caso di informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste sta alla sensibilità del medico valutare la forza d'animo e la capacità di reazione del paziente, rispettando la sua documentata volontà di non essere informato o di delegare ad altro soggetto l'informazione.

Tra i precetti più qualificanti contenuti nel Codice Deontologico, nel **Titolo III, Capo V**, anche per le sue implicazioni giuridiche e che meritano un'approfondimento, sono il deciso rifiuto di ogni forma di **eutanasia** (art. 36 – Trattamenti diretti a provocare la morte) e una chiara definizione delle **cure palliative** (art. 37).

Nella comune accezione per **eutanasia** s'intende la morte data a chi sia portatore di malattia inguaribile e dolorosa e prossima alla fine, per abbreviarne la sofferenza.

Da questa definizione restano escluse tutte le altre forme di eutanasia che riconoscono altri e diverse moventi.

Si parla, infatti, di eutanasia "eugenica", (eliminazione indolore di esseri deformati o tarati da malattia ereditaria per migliorare la specie umana); di eutanasia "economica", (eliminazione indolore degli individui invalidi e vecchi al fine di non gravare la società da persone economicamente inutili); di eutanasia "criminale", (eliminazione indolore di individui condannati a morte al fine di favorire il progresso scientifico); di eutanasia "solidaristica", (eliminazione di individui colpiti da morbo incurabile a scopo di trapianto di organo) e si parla infine di eutanasia "terapeutica", attiva o passiva, intesa come impiego o omissione di mezzi terapeutici allo scopo di ottenere la morte del paziente.

In entrambi i casi, l'evento eutanasi può verificarsi con o senza il consenso del paziente.

L'eutanasia attiva indica l'intervento intenzionalmente programmato per interrompere con mezzi non dolorosi la vita di una persona affetta da malattie a prognosi certamente infausta e che si accompagna a sofferenze ritenute intollerabili, cioè la messa in opera di atti che direttamente e consapevolmente sono rivolti alla cessazione della vita.

L'eutanasia passiva, invece, consiste nella sospensione, in casi ormai disperati, dei mezzi terapeutici utili al caso particolare e in grado di apportare miglioramenti, anche se temporanei e precari, allo stato del paziente.

Al medico non è consentita alcuna potestà sulla vita; egli ha l'autorità morale e professionale per intervenire unicamente e solo per la tutela della salute con grande rispetto dei diritti dell'individuo, il diritto all'integrità fisica ed il diritto alla vita.

Mentre il diritto all'integrità fisica sancito dall'art. 5 c.c., che esclude la disponibilità del soggetto stesso sul proprio corpo, trova attenuazione in alcune norme giuridiche, il diritto alla vita non può essere in alcun caso superato.

E' assolutamente vietato, dunque, al medico, sia sotto il profilo morale che sotto quello giuridico il compimento di qualunque atto che interrompa la vita dell'individuo o ne acceleri la morte, qualunque sia la finalità per la quale il medico possa giustificare il suo operato. Il diritto alla vita non ammette infatti deroghe o deleghe. *"Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocare la morte"* (art. 36).

Del tutto diversa è la liceità, da parte del malato incurabile ed in fase terminale, della rinuncia a trattamenti "non terapeutici".

Il malato terminale ed incurabile può lecitamente rinunciare a quei tipi di intervento che vanno sotto il nome di "accanimento terapeutico".

L'accanimento terapeutico può essere definito come quell'insieme di iniziative clinico-assistenziali di carattere piuttosto eccezionali che non costituiscono più delle vere terapie, capaci cioè di migliorare le condizioni sanitarie o di far regredire il male o almeno di bloccarlo, ma hanno lo scopo di rallentare ad ogni costo l'approssimarsi della fine favorendo un prolungamento forzato e penoso della vita del paziente.

Che sia eticamente lecito al malato terminale rinunciare a questo tipo di interventi, e sia quindi lecito per il medico curante adeguarsi a questa scelta del paziente, appare chiaramente dalla considerazione che il malato, per il suo essere persona anche nella sua condizione terminale, è e resta il vero responsabile delle decisioni riguardanti la sua malattia.

Pertanto se i trattamenti si rivelano inutili, cioè ormai non più terapeutici, il paziente può chiedere, in piena legittimità morale, la sospensione di quei trattamenti, anche se questo abbrevia la durata della sua sopravvivenza, ed il medico non ha motivi di opporsi a tale decisione senza tuttavia sospendere le cure appropriate dovute all'ammalato per limitare le sofferenze e conservargli, per quanto possibile, la qualità di una vita che si spegne.

Diverso è il caso della prosecuzione di pratiche rianimatorie in soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive, in cui sia stato constatato lo stato di morte cerebrale, ai fini della utilizzazione di tessuti ed organi da trapiantare.

In caso di trapianto terapeutico la legge 02/12/1975 n° 664 ha accentuato la responsabilità del medico nell'accertamento della morte, imponendo, ai fini della utilizzazione di tessuti od organi da cadavere (espianto), una distinzione tra morte in condizioni naturali e morte cerebrale in costanza di trattamenti riaminatori, di quel sostegno cioè diretto a mantenere in attività biologica gli organi da espantare.

In questo caso, stante la necessità che l'organo o il tessuto siano tenuti biologicamente in attività, il prolungamento delle pratiche rianimatorie si rende indispensabile non più a beneficio dell'estinto, bensì a beneficio della persona vivente che ha estremo bisogno di ricevere l'organo o il tessuto in oggetto.

I precetti precisi e corretti degli art. 36, 37 del Codice Deontologico, prima citati, sono perfettamente in linea con la "Guida europea di etica medica" che impone al medico il dovere di non abbandonare il malato, ma di continuare ad assisterlo anche al solo scopo di lenire le sofferenze e di aiutarlo e confortarlo".

Attualmente nel nostro paese le norme giuridiche non prevedono espressamente l'eutanasia, che può invece configurarsi in tre differenti ipotesi di reato:

- a) l'omicidio del consenziente (art. 579 CP) qualora la soppressione della vita da parte del terzo sia attuata con il consenso validamente prestato dal paziente;
- b) l'omicidio volontario (art. 575 CP) che viene attenuato dal movente della pietà;
- c) l'istigazione o aiuto al suicidio (art. 580 c.p.) se il malato sia stato indotto, rafforzato o concretamente aiutato nell'attuare il proposito autosoppressivo.

Sempre nel **Titolo III** il Capo VIII è dedicato alla **sperimentazione** disciplinata negli articoli 43 – 48.

Negli ultimi anni il progresso scientifico ha portato al superamento delle consacrate frontiere della vita e della morte, del dolore e della coscienza, della personalità dell'uomo, provocando una conflittualità tra diritti della persona alla vita ed alla salute e risorse economiche disponibili. La complessa articolazione dei rapporti tra scienza e società ha di conseguenza suscitato non solo un bisogno di norme di ordine morale, capaci di ispirare le leggi e le norme deontologiche, ma anche il formarsi di veri e propri organi di controllo e di guida dotati di autorità morale: questi strumenti operativi ai quali è affidato il controllo della condotta e delle prestazioni sanitarie sono definiti Comitati Etici.

I Comitati Etici sono stati costituiti con D.P.C.M. del 28 marzo 1990 mentre il Ministro della Sanità con Decreto del 18 marzo 1998 ha approvato le linee guida di riferimento per l'istituzione ed il funzionamento dei Comitati.

Nel nostro Paese operano:

1. Il Comitato Nazionale per la bioetica (C.N.B.)
2. La Commissione di Bioetica Regionale
3. I Comitati Etici Locali (c.e.l.)

E' prevista l'istituzione di un Comitato Etico presso ciascuna Azienda Ospedaliera, Azienda USL e presidi pubblici e privati di ricovero e cura e la composizione dei suoi membri dovrà globalmente garantire l'esperienza

necessaria a valutare gli aspetti etici e scientifico-metodologici degli studi proposti.

A tale riguardo, viene riconosciuta come prioritaria la presenza di un medico legale nella figura di coordinatore, di clinici con effettiva esperienza e conoscenza delle sperimentazioni controllate, biostatistici, farmacologici e l'eventuale consulenza, ove necessaria, di un giurista, di un filosofo, di uno psicologo nonché la rappresentanza del personale infermieristico. I componenti saranno nominati dagli organi di amministrazione delle strutture sanitarie e di ricerca che intendono eseguire sperimentazioni. La sede elettiva è individuata presso i grandi ospedali, ove si svolge attività didattica e di ricerca, con possibilità di riferimento al Comitato stesso da parte di vicini ospedali e di singoli operatori.

L'art. 46 ribadisce che la ricerca biomedica e la sperimentazione sull'uomo devono ispirarsi all'inderogabile principio dell'inviolabilità dell'integrità psico-fisica della vita della persona e che sono subordinate al consenso libero ed esplicito del soggetto sottoposto all'esperimento, previa specifica informazione.

La sperimentazione, inoltre, deve essere programmata e attuata secondo idonei protocolli, nel quadro della normativa vigente, dopo aver ricevuto il preventivo assenso da parte di un Comitato Etico indipendente.

A tale proposito, si sottolinea il carattere dell'indipendenza dei Comitati Etici, nel senso che non devono sussistere conflitti di interesse rispetto alle sperimentazioni proposte. Si inquadra nella suddetta ottica, infatti, l'obbligo dei singoli membri del Comitato Etico a sottoscrivere una dichiarazione nella quale si obbligano a non pronunciarsi per quelle sperimentazioni per le quali possa sussistere conflitto d'interesse diretto e indiretto.

Il successivo art. 47 sottolinea che la sperimentazione deve attenersi alle norme della buona pratica clinica e può essere inserita in trattamenti diagnostici e/o terapeutici solo quando sia razionalmente e scientificamente suscettibile di utilità diagnostica per i cittadini interessati.

Infine l'art. 48 regola la sperimentazione sull'animale che deve essere improntata a esigenze e finalità scientifiche non altrimenti conseguibili e deve essere condotta con metodi e mezzi idonei a evitare ogni sofferenza e previo assenso del Comitato Etico.

Ulteriori considerazioni sui rapporti del medico con il cittadino così come previsti nel Titolo III

Si vuole concludere la presente trattazione commentando i rapporti del medico con il cittadino, perché questi hanno profondamente risentito delle normative precedentemente esposte, normative dovute al progresso della scienza medica e all'accresciuta cultura media della popolazione, che hanno indotto rilevanti mutamenti sociali, tali da rafforzare nel paziente la necessità di chiarezza relativamente alle diagnosi ed alle procedure terapeutiche adottate, per mantenere e migliorare il proprio stato di salute.

La decisione in medicina è, da un lato, stretta competenza tecnico-medica e, dall'altro, di esclusiva pertinenza del paziente, con zone di sovrapposizione in cui le scelte e le valutazioni del paziente e del medico si intersecano.

Centro dell'attività medico-chirurgica è, come prima rilevato, il principio del consenso del paziente, ad affermazione del concetto che il rapporto medico-paziente debba essere fondato più sui diritti del paziente che sulle facoltà del medico.

Proprio al fine di sottolineare che il malato è innanzitutto una persona e, come tale, titolare di diritti, il nuovo Codice deontologico sostituisce, il termine "paziente", di indubbia matrice medica, con il termine "cittadino" di rilevanza invece giuridica ed al quale la legge conferisce, appunto, la più ampia titolarità.

Si evince, quindi, che di fronte alla legge sia i cittadini italiani che gli stranieri sono ugualmente titolari dei diritti inviolabili, di quei diritti, cioè, di più alto rango, come il diritto alla salute, alla riservatezza dei dati personali, alla dignità sui quali ci si è in precedenza soffermati.

Nonostante i principi sopra esposti siano basilari, uno spazio di decisione autonomo non può che essere lasciato al medico nelle situazioni qui di seguito specificate:

- a) individuazione delle decisioni terapeutiche possibili per una data fattispecie clinica (le alternative da sottoporre alla decisione del paziente cosciente);
- b) le decisioni di emergenza;
- c) le decisioni quando non sia possibile il riferimento alla volontà validamente espressa dal paziente ed in assenza di legali rappresentanti.

Sulla base delle normative vigenti e del nuovo Codice deontologico si cercherà, in questa sede, di individuare i comportamenti che il medico dovrebbe tenere nelle seguenti situazioni critiche:

- 1) Il medico ed il malato psichiatrico;
- 2) Il medico ed il paziente minore.

Relativamente al primo punto di criticità, si rileva che i pazienti sofferenti di patologia psichica non sono di esclusiva competenza degli psichiatri, ma costituiscono una cospicua percentuale degli utenti sia della medicina di famiglia, sia delle altre branche specialistiche, per quel che riguarda le eventuali patologie su base organica. In questi casi, il punto nodale del rapporto medico-paziente psichiatrico è l'eventuale dazione del consenso, sia per quanto riguarda le procedure diagnostico-terapeutiche, sia per quanto concerne il trattamento dei dati personali.

Qualora il paziente suddetto sia affetto solo da un disagio psichico ma sia consapevole, il consenso deve essere ottenuto dal paziente medesimo, previa debita informazione.

Diverso è il caso del paziente interdetto o inabilitato, totalmente o parzialmente incapace di fornire un consenso libero o consapevole: in tale eventualità, il consenso si sposta sul rappresentante legale, l'unico abilitato per legge a vicariare la volontà del soggetto rappresentato.

Più complesso e spesso assai spinoso è il problema che sorge quando il medico si trovi nelle condizioni di compiere un atto professionale, soggetto a consenso informato, in assenza delle situazioni che configurano lo stato di necessità e su un paziente totalmente incapace di intendere e di volere, non

interdetto né inabilitato; in mancanza, quindi, di quelle pronunzie giudiziali che accertano e tutelano tale stato di fatto.

Inesistente il rappresentante legale, è escluso che i familiari abbiano potere decisionale sul loro congiunto (cfr. Cass. Sent. N° 9261 del 1994, 21/3/1993 – 9/11/1994). Ne consegue che o il medico rivendica la propria autonomia decisionale, travalicando la datazione del consenso da parte del paziente ed assumendosi le eventuali responsabilità sia in sede civile che in sede penale, o si autotutela astenendosi dal porre in essere l'atto medico soggetto al consenso finché non sia nominato un Curatore Speciale da parte della magistratura competente.

D'altra parte lo stesso art. 29 del Codice deontologico, prescrive che il medico ha l'obbligo di tutelare i diritti degli assistiti non autosufficienti sul piano psichico, qualora vi sia manifesta incapacità di intendere e di volere, ancorché non legalmente dichiarata.

Un discorso a parte merita il malato psichiatrico soggetto a Trattamento Sanitario Obbligatorio. Nel caso in specie si è di fronte non più al diritto alla salute del paziente ma ad un dovere di salute nel rispetto dei diritti della collettività, i quali, essendo di rango più elevato come esigenza di carattere pubblico, superano i diritti del singolo cittadino e legittimano a procedere anche senza la dazione del consenso da parte dell'avente diritto.

In merito alla seconda problematica, il rapporto tra medico e paziente minorenni, il già citato art. 29, regola i doveri del medico verso i minori, gli anziani e i disabili, disponendo che il medico deve tutelare i diritti di tali categorie indipendentemente dall'esercizio della professione ed in qualsiasi circostanza, in particolare quando ritenga che l'ambiente familiare o extrafamiliare nel quale vivono non sia sufficientemente sollecito nella cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti, violenze o abusi sessuali.

In caso di opposizione dei rappresentanti legali alla necessaria cura dei minori o degli incapaci, il medico deve ricorrere alla competente autorità giudiziaria.

Rispetto alle stesure precedenti, si affronta nel nuovo Codice per la prima volta il tema degli abusi sessuali, sulla scia anche dei casi di pedofilia, spesso perpetrati in ambiente familiare, che hanno rappresentato, negli ultimi anni, e rappresentano un deprecabile fenomeno di appannaggio non solo del degrado e dell'ignoranza.

Nell'attuale Codice, il medico viene maggiormente sensibilizzato e coinvolto nella tutela del minore come nella tutela delle altre categorie deboli.

Il medico, infatti, deve adoperarsi affinché il minore possa fruire di quanto necessario ad un armonico sviluppo psico-fisico ed affinché all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita.

Tornando, però, alla disamina del rapporto medico-paziente minore, analizzando il nuovo Codice deontologico e le normative in vigore si evince che tale rapporto è incardinato sulla consapevolezza e sulla coscienza del minore stesso.

Per il codice civile (art. 1 e 2) il minore acquista fin dalla nascita (e talvolta fin dal concepimento) la capacità giuridica, cioè la capacità di essere titolare di diritti, ma non ha la capacità di agire, cioè non ha la capacità di

esercitarli validamente. Con la maggiore età si acquista la capacità di agire. Con il matrimonio, il minore acquista una capacità d'agire limitata agli atti di ordinaria amministrazione, rimanendo soggetto alla rappresentanza legale del curatore (coniuge maggiorenni o genitore) per gli atti di straordinaria amministrazione.

Giusto quanto fin qui affermato, è evidente che l'asse del rapporto tra medico e paziente minorenni, quando quest'ultimo sia in tenera età, si sposta sui genitori del medesimo o sui rappresentanti legali, quando il minore sia orfano di entrambi i genitori o quando gli stessi abbiano perso la potestà genitoriale.

Un discorso a parte invece, merita il rapporto tra medico e paziente adolescente.

Ai sensi dell'art. 34 del Codice deontologico, il medico ha l'obbligo di informare il minore tenendo conto della sua volontà compatibilmente con l'età e la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del rappresentante legale. Il limite risiede, quindi, nell'effettiva capacità del minore di intendere e di volere. Il codice civile prevede l'acquisto della piena capacità di agire al compimento della maggiore età, prevedendo comunque la capacità di compiere certi atti in età diversa e quindi prendendo in seria considerazione il grado di comprensione del soggetto: per esempio, i rapporti di lavoro possono essere posti in essere da chi abbia età inferiore ai 18 anni; si può contrarre matrimonio a 16 anni e, quindi, emanciparsi; il codice penale ancora il limite minimo di imputabilità al compimento del 14° anno.

Anche il Comitato Nazionale di Bioetica, nel Documento su Informazione e Consenso, recepisce l'orientamento secondo il quale per gli adolescenti il medico deve ricavare, pur con la cautela del caso, il diretto consenso del minore per l'adesione agli atti medici soggetti al consenso stesso.

Il Titolo IV tratta dei Rapporti con i colleghi.

Il rapporto tra medici deve essere sempre ispirato ai principi del reciproco rispetto; il medico deve assistere i colleghi senza fini lucro; il medico che presti la propria opera a un malato in cura presso altro collega è tenuto a dare comunicazione al medico curante delle valutazioni cliniche e degli indirizzi diagnostico-terapeutici effettuati, anche in caso di ricovero ospedaliero.

Nel caso di consulto con altro collega o di consulenza presso strutture pubbliche o private, nel rispetto della dignità sia del curante che del consulente, il compito di attuare l'indirizzo terapeutico concordato è affidato al medico curante.

Il rapporto tra medico curante e medici operanti in strutture di ricovero, nel rispetto della reciproca reputazione professionale, deve essere improntato alla massima collaborazione, consultazione ed informazione reciproca al fine di garantire coerenza e continuità diagnostico-terapeutica.

Il Titolo VI, infine, prevede gli obblighi deontologici del medico a rapporto convenzionale:

- a. Nell'adempimento degli obblighi convenzionali il m.m.g. rimane soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine;
- b. In caso di contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'Ente, pubblico o privato, convenzionato, il m.m.g., a salvaguardia dei propri diritti e di quelli dei cittadini, deve chiedere l'intervento dell'Ordine;

- c. Il m.m.g. non può, in alcun modo, adottare comportamenti che possono favorire direttamente o indirettamente la propria attività libero-professionale (conflitto d'interessi!).

L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal Codice Deontologico ed ogni azione od omissione, comunque disdicevoli per il decoro e il corretto esercizio della professione, sono punibili con le sanzioni disciplinari previste dal D.P.R. del 5/04/1950, n. 221.

LA RESPONSABILITA' CONVENZIONALE

1. – Il MMG e la Convenzione

2. – I Compiti del MMG

2.1. – Assistenza primaria

2.1.1. – Prevenzione

2.1.2. – Diagnosi

2.1.3. – Terapia

2.1.4. – Riabilitazione

2.1.5. - Socializzazione

2.2. – Assistenza domiciliare

2.3. – Continuità assistenziale

2.4. – Educazione sanitaria

2.5. - Ricerca e didattica

2.5.1. – Ricerca

2.5.2. – Didattica

3. – Conclusioni

LA RESPONSABILITA' CONVENZIONALE

1. Il m.m.g. e l'Accordo Collettivo Nazionale

1.1. Il mmg è tenuto all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale (Convenzione), D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270, e dagli accordi regionali ed aziendali collegati.

Il medico che si rende responsabile di violazioni delle norme convenzionali viene sottoposto a procedimento disciplinare come previsto dall'**articolo 16 del citato D.P.R.**

Entro trenta giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza l'Azienda contesta, per iscritto, l'addebito al medico.

Il Direttore Generale:

- a) invita il medico a presentarsi, entro quindici giorni, per la difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore (procuratore legale o sindacalista) o a trasmettere eventuali controdeduzioni;
- b) valuta le controdeduzioni addotte dal medico e archivia il caso o procede all'irrogazione della sanzione;
- c) trascorso il termine dei quindici giorni senza che il medico si sia presentato o abbia presentato le sue controdeduzioni, eroga la eventuale sanzione e la notifica all'interessato entro dieci giorni.

A seconda della gravità dell'infrazione le sanzioni applicabili sono:

- a) richiamo verbale (lievi infrazioni);
- b) richiamo con diffida (ripetizione di lievi infrazioni o per infrazioni di una certa gravità);
- c) riduzione del trattamento economico tra il 10% ed il 20% per un massimo di sei mesi (per infrazioni di media gravità o per reiterate applicazioni della sanzione di cui alla lett. C);
- d) sospensione del rapporto convenzionale per una durata non inferiore a sei giorni e non superiore a sei mesi (per gravi infrazioni, omessa o infedele comunicazione, recidiva di infrazioni di cui alla lett. C);
- e) revoca del rapporto convenzionale (per infrazioni particolarmente gravi, per recidività di infrazioni di cui alla lett. D).

La revoca del rapporto si applica comunque nel caso di accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dalla Convenzione e per l'esercizio della libera professione al di fuori delle modalità stabilite dalla Convenzione (art.4).

Il medico, ricevuta la notifica della sanzione, può impugnarla, entro trenta giorni dal ricevimento, anche a mezzo di procuratore, chiedendo che la controversia sia sottoposta al giudizio del Collegio arbitrale. Nell'atto di impugnazione da trasmettere al Direttore Generale a mezzo di raccomandata A/R il medico deve indicare il nominativo dell'arbitro di propria nomina con allegato l'atto di accettazione dell'incarico da parte dello stesso.

Il Collegio arbitrale è composto da tre arbitri:

- uno con funzione di Presidente individuato nel Presidente dell'Ordine dei medici della provincia capoluogo di Regione o suo delegato; nel caso in cui il medico, sottoposto a procedimento, sia iscritto all'Ordine della

provincia capoluogo di Regione il Presidente designato delega, con atto formale, un Presidente dell'Ordine dei medici di altra Provincia della Regione;

- uno nominato dal Direttore Generale dell'Azienda;
- uno nominato dal medico.

Le funzioni di Segretario sono svolte da un funzionario dell'Azienda Sanitaria di riferimento.

Il Direttore Generale, ricevuto l'atto di impugnazione del medico con la richiesta di devolvere al Collegio arbitrale la decisione della controversia, entro dieci giorni:

- a) sospende l'applicazione della sanzione;
- b) individua l'arbitro di nomina aziendale;
- c) richiede al Presidente dell'Ordine capoluogo di Regione il nominativo del presidente del Collegio; il presidente dell'Ordine deve rispondere entro dieci giorni dal ricevimento della richiesta;
- d) costituisce, entro dieci giorni dal ricevimento del nominativo del Presidente, il Collegio arbitrale disponendo la notifica della deliberazione ai membri del Collegio e al medico e la trasmissione di tutti gli atti al presidente.

Il Presidente, ricevuta la notifica con allegati gli atti, convoca entro otto giorni il Collegio arbitrale.

I termini previsti sono perentori.

Le parti hanno diritto di essere ascoltati dal Collegio arbitrale e di presentare ulteriori documenti e memorie inerenti il caso.

Il Collegio, udite le parti se ne hanno fatto richiesta, emette il lodo arbitrale entro sette giorni dalla seduta e ne dà comunicazione a mezzo di raccomandata A/R alle parti interessate.

L'Azienda ricevuto il deliberato del Collegio si conforma allo stesso con provvedimento del Direttore Generale.

L'atto di contestazione ed il provvedimento del Collegio sono inviati all'Ordine Provinciale di iscrizione del medico per gli eventuali provvedimenti disciplinari.

In caso di sospensione del rapporto l'Azienda nomina il sostituto cui vengono corrisposti i compensi ad eccezione del compenso per concorso di spese che viene corrisposto al medico sostituito.

Non si tiene alcun conto delle sanzioni trascorsi due anni della loro irrogazione; le violazioni e le infrazioni si prescrivono dopo cinque anni.

Per quanto non previsto si rimanda alle norme del Codice Civile, (articoli 1148, 1419, 1421 e 1455 c.c.), in quanto a norma dell'art. 4 delle fonti del diritto del codice civile i regolamenti (è questo il caso della Convenzione) non possono contenere norme contrarie alle disposizioni di legge.

Al medico non possono essere constatate inosservanze derivanti da condotta omissiva di altro personale della ASL.

Rapporto tra procedure disciplinari e penali.

Al procedimento disciplinare previsto dall'art. 16 del DPR 270/2000 si può aggiungere, in caso di violazioni di obblighi deontologici, il procedimento disciplinare a cura dell'Ordine Provinciale dei Medici.

Per quanto riguarda azioni o omissioni del medico in cui sussiste l'ipotesi di reato il Consiglio dell'Ordine attende, abitualmente, le conclusioni del giudice penale.

Il medico che riceve l'avviso di garanzia è un semplice indagato mentre l'azione penale inizia con il rinvio a giudizio, da parte del giudice per le indagini preliminari (GIP), col quale il medico assume la qualifica di imputato. E' bene ricordare che il m.m.g. nell'esercizio delle funzioni di medico convenzionato assume la qualifica di "pubblico ufficiale" o di "incaricato di pubblico servizio" mentre durante la sua attività privata libero-professionale è considerato "esercitante un servizio di pubblica necessità" e che da questi diversi ruoli derivano differenti responsabilità penali.

2. I Compiti del Medico di Medicina Generale

Gli Accordi Collettivi via via stipulati per la regolamentazione dei rapporti convenzionali con il S.S.N. hanno costantemente perseguito l'obiettivo di realizzare una sempre maggiore qualificazione dell'assistenza e di valorizzare l'attività dei mmg convenzionati nel quadro della funzione complessiva da essi svolta per la tutela della salute dei cittadini.

Gli Accordi precisano i criteri operativi cui il medico di fiducia deve ispirare la propria attività.

Nella Tavola I sono sintetizzati i compiti e le prestazioni che il medico è tenuto a svolgere in forza del rapporto di convenzionamento (DPR 270/2000), nonché gli atti professionali e le modalità per il loro migliore espletamento:

Tavola I -

Medici di Medicina Generale di libera scelta
<p>Compiti e prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none">– visite ambulatoriali e domiciliari;– consulto con lo specialista;– rapporti con gli ambienti di ricovero;– prescrizione farmaceutica;– richiesta di indagini specialistiche;– proposte di ricovero e di cure termali;– tenuta e aggiornamento della scheda sanitaria individuale;– certificazione di malattia per i lavoratori dipendenti pubblici e privati;– riammissione al lavoro degli alimentaristi;– certificazioni obbligatorie per la riammissione alle scuole (di ogni grado);– certificazione di idoneità allo svolgimento dell'attività sportiva non agonistica;– interventi socio-assistenziali;– collegamenti con i servizi di Continuità Assistenziale;– apertura dello studio per 5 giorni nella settimana secondo un orario congruo alle necessità degli assistibili. <p>Altri obblighi e compiti:</p> <ul style="list-style-type: none">– adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali;– sviluppo e diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del SSN;– effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali;– assistenza programmata al domicilio dell'assistito anche in forma integrata (ADP-ADI), Allegato G e H;– assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività (ADR);– prestazioni aggiuntive – Allegato D;– visite occasionali.

Attualmente l'obiettivo tradizionale di prevenire, diagnosticare e curare le malattie si è trasformato in quello più ampio di promozione della salute intesa come benessere fisico, psichico e sociale.

L'Accordo Collettivo Nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale (DPR 270/2000) ha rivalutato la figura del medico di fiducia attribuendogli il ruolo che il legislatore si era prefisso con la Riforma Sanitaria.

Il medico generale oltre che del malato deve occuparsi anche del cittadino sano e tenendo in considerazione, per migliorarle, le condizioni socio-economiche, la qualità e lo stile di vita (abitudini alimentari, condizioni del lavoro, stress, emozioni), e ponendo l'accento sulla necessità di comprendere l'individuo nella sua totalità come persona e come insieme di sintomi, con l'obiettivo

primario del benessere totale; deve, inoltre, stabilire il suo rapporto con tutto il nucleo familiare diventando, in tal modo, il medico personale della famiglia.

Come stabilito nella Dichiarazione Preliminare dell'Accordo Collettivo Nazionale si tratta, dunque, di una attività complessa che il medico di medicina generale esercita, quale parte attiva, qualificante e integrata del SSN, svolgendo compiti di:

- a) assistenza primaria anche nell'ambito familiare;
- b) assistenza programmata a domicilio, nelle Residenze Protette e nelle Collettività;
- c) continuità assistenziale compresa l'emergenza sanitaria territoriale;
- d) educazione sanitaria e assistenza preventiva individuale;
- e) ricerca e didattica.

2.1. Assistenza primaria

Il medico generale è il primo a vedere e ad affrontare i problemi del paziente e, quindi, ad impostare un programma diagnostico, terapeutico ed eventualmente riabilitativo, per la risoluzione degli stessi.

A lui tocca la responsabilità di identificare la natura del problema e di prendere una decisione in un ampio ventaglio di ipotesi diagnostiche possibili. Il medico di medicina generale incontra inevitabilmente più di un problema il quale, a sua volta, coinvolge spesso più di una persona o più di una specialità all'interno di una singola consultazione.

La malattia, infatti, può essere anche il riflesso dei disturbi dell'ambiente familiare o di alcuni suoi componenti, e nonostante la tendenza crescente allo slittamento della domanda verso il settore specialistico, è sicuramente più vantaggioso per il paziente avere un solo medico che coordini tutti i suoi problemi.

Il passaggio dalla medicina "empirica" a quella "scientifica" ha indotto ad abbandonare una visione del malato come un tutto unico per privilegiare un approccio analitico e frammentario. In questo modo la medicina scientifica ha dimenticato l'uomo e la sua soggettività per cui è indispensabile recuperare le potenzialità della medicina moderna con i suoi contenuti umanistici.

Ed è in questo contesto che si pone il medico di medicina generale, in un ruolo di mediazione tra scienza ed umanità.

Il medico di medicina generale si occupa delle persone e non delle malattie, vede il malato nel suo contesto di vita, opera sulla linea di frontiera tra società e medicina tecnologica e specialistica.

Egli incontra una larga quantità di fenomeni non facilmente risolvibili con metodi scientifici, gli vengono spesso offerti problemi per i quali metodi e regole tecniche sono scarsamente efficaci. In questo quadro il medico di medicina generale prende decisioni terapeutiche che oltre ad obbedire a regole tecnico-scientifiche assumono spesso valenze psicologiche.

Il medico di medicina generale è il medico della persona nella sua globalità di uomo naturale e sociale, e non di un organo o di un apparato. Egli utilizza la consulenza specialistica al fine di un più preciso intervento diagnostico

curativo e coordina tutti gli interventi specialistici che vengono praticati sul paziente che a lui si è affidato.

Il medico di medicina generale dovendosi occupare dell'uomo ha bisogno di un modello di medicina globale centrato sul paziente per una chiave interpretativa più efficace dei suoi problemi.

Al medico di medicina generale, nella sua pratica quotidiana, vengono offerti sintomi derivanti da alterazioni di origine organica, ma anche espressivi di un vissuto conflittuale personale e/o sociale.

Egli infatti è chiamato a diagnosticare, curare e assistere non soltanto tutte le malattie delle quali deve avere una conoscenza "orizzontale" (mentre lo specialista si occupa "verticalmente" ed in profondità delle malattie di un organo e/o apparato), ma ad occuparsi della salute di un uomo e dei suoi familiari. Il medico di medicina generale svolge la sua attività mediando continuamente tra tecnica e cultura e tra natura e storia dell'uomo.

I cittadini consultano il loro medico di fiducia non solo quando si ammalano ma anche, quando credono di essere malati, quando temono di ammalarsi o in certi particolari momenti della loro vita (difficoltà familiari ed esistenziali, gravidanza, contraccezione, ecc. ecc.) per ottenere un consiglio, una diagnosi o una cura.

Grande importanza riveste, nell'attività del m.m.g., anche l'assistenza nell'ambito familiare. La famiglia è una componente essenziale della professionalità del medico generale e della tutela della salute; infatti, il medico generale non è solo il curante di un individuo ma, di solito, dell'intera famiglia. Nonostante la scomparsa della famiglia patriarcale, sostituita da quella nucleare, in molte parti del nostro paese, il medico generale è tuttora coinvolto all'interno della famiglia. Le origini familiari, le abitudini, gli stili di vita, la cultura, il numero dei figli, l'attività lavorativa, la familiarità di alcune malattie, le fasi vitali della famiglia, gli eventi critici previsti ed imprevisi, rappresentano una fonte preziosa per una valutazione diagnostica e terapeutica corretta, e per ogni programma preventivo o riabilitativo individuale che voglia avere successo.

Una delle definizioni più consone della medicina generale è quella di "medicina di famiglia"; la maggior parte dei cittadini, sin dal momento dell'iscrizione negli elenchi del medico generale si presenta, in genere, come nucleo familiare.

Molti dei problemi presentati dai pazienti, ricade nell'orbita della famiglia: dalle malattie a sfondo genetico, a quelle connesse con stili di vita familiari (con annessi fattori di rischio), ai problemi psico-sociali.

In Italia la famiglia ha ancora un'enorme importanza sociale e spesso con le sue capacità assistenziali, sostituisce le stesse istituzioni statali.

Inoltre la visione più ampia del sistema familiare in cui è inserito il paziente serve non solo per capirlo psicologicamente e sociologicamente ma, soprattutto, per risolvere meglio i suoi bisogni biologici ed esistenziali.

In tal modo il medico può considerare la persona umana nella sua globalità, come un tutto inscindibile che in caso di malattia non va curata "localmente" ma risanata nel suo complesso; un buon medico si prende cura prima del malato e poi della malattia.

Il m.m.g. opera, dunque, su due fronti: quello tecnico-scientifico e quello umanitario-sociale.

Infatti se da una parte ricorre ad appropriate tecnologie per la diagnosi e la cura, dall'altra gli viene richiesta la soluzione di problemi legati, spesso, all'abitazione, al lavoro e ai conflitti familiari e sociali.

Un medico formato per "curare" ma spesso chiamato ad "assistere", un medico al quale si chiede, spesso, di risolvere con i mezzi tradizionali dell'arte problemi non strettamente medici.

In questa dimensione i compiti del medico generale sono fondamentalmente cinque:

- 1) La prevenzione individuale, familiare e di piccoli gruppi, delle malattie.
- 2) La diagnosi tempestiva della natura del problema offerto alla sua osservazione.
- 3) La terapia/risoluzione del problema
- 4) La riabilitazione individuale
- 5) La "socializzazione" delle informazioni raccolte.

Nelle Tavole II e III sono riepilogati i compiti del m.m.g.

Tavola II

Compiti del medico di medicina generale
a) PREVENZIONE INDIVIDUALE FAMILIARE COLLETTIVA 1) Educazione sanitaria 2) Eliminazione e/o correzione dei fattori di rischio e loro controllo 3) Vaccinazioni e chemiopprofilassi
b) DIAGNOSI DELLE MALATTIE 1) Anamnesi e compilazione della scheda individuale ed esame clinico e strumentale 2) Richiesta e coordinamento delle consulenze specialistiche, ambulatoriali e domiciliari
c) TERAPIA - Farmacologica – Psicologica – Fisica – Chirurgica – Combinata
d) RIABILITAZIONE 1) Alimentare (Diete) 2) Fisica 3) Psicologica relazionale
e) SOCIALIZZAZIONE DELLE INFORMAZIONI 1) Libretto sanitario 2) Informazioni al servizio informativo sanitario 3) Comunicazioni tra i vari livelli 4) Certificazioni, referti, denunce
d) RICERCA DI BASE - Follow up clinico – Monitoraggio terapeutico – Farmacovigilanza - Epidemiologia – Organizzazione del lavoro

Compiti del medico di medicina generale

- Fornisce le cure mediche personali di primo livello ai singoli individui ed alle loro famiglie.
- Con pochissimi mezzi di diagnosi e di cura a disposizione è chiamato ad intervenire immediatamente e a prendere delle decisioni su ogni problema che il paziente può presentargli, consultandosi con gli specialisti quando lo ritenga opportuno.
- Esauriti i suoi compiti di diagnosi e cura, se il caso lo richiede, invia il paziente ai presidi specialistici accompagnandolo con una relazione scritta nella quale saranno riferite succintamente utili nozioni per favorire la risoluzione del caso da parte dei colleghi specialisti.
- Collabora attivamente, durante e dopo il ricovero, con gli specialisti, ma si riserva il diritto/dovere di assumersi la responsabilità primaria del paziente, che ha riposto fiducia in lui, al di fuori delle condizioni di degenza.
- Assiste i suoi pazienti nel suo studio, dove può lavorare da solo o in gruppo con altri medici di medicina generale, in locali costruiti appositamente o modificati per questo scopo, con l'aiuto di infermieri, adeguato personale di segreteria e tutta la strumentazione necessaria per la diagnosi e la terapia e per l'acquisizione ed elaborazione di dati relativi ai suoi pazienti (cartella clinica e computer).
- Assiste i suoi pazienti presso il loro domicilio in fase di malattia o attraverso l'assistenza domiciliare programmata anche in forma integrata (ADP-ADI) o l'assistenza domiciliare nelle residenze protette e nelle collettività (ADR).
- Formula diagnosi in termini organici, psicologici e sociali e si occupa della prevenzione individuale o di piccoli gruppi e del dépiage dei segni precoci della malattia nei suoi pazienti.
- Ha il privilegio di una relazione con il proprio paziente centrata su un rapporto fiduciario ed amichevole, anche se non mancano elementi dialettici e conflittuali nella interazione tra i due protagonisti. Un privilegio che ne fa il responsabile unico della salute del suo paziente.
- Interviene in senso educativo nei confronti del singolo e dei piccoli gruppi per promuovere una "cultura della salute", di tipo preventivo, nella popolazione assistita.
- Partecipa, promuove, organizza ricerche sia in campo clinico che di tipo epidemiologico relative all'organizzazione sanitaria, alla farmacovigilanza ed all'analisi delle decisioni diagnostiche e terapeutiche.
- Fornisce agli osservatori epidemiologici regionali, su richiesta e per programmi finalizzati, limitati nel tempo prestabilito, notizie ed informazioni utili alla definizione di programmi sanitari locali e regionali, al di fuori di quelle obbligatorie per legge e di interesse collettivo.
- Partecipa annualmente a programmi di aggiornamento e di formazione (E.C.M.).
- Partecipa ai programmi di didattica sia nei confronti del personale che dei colleghi in fase di formazione.

2.1.1. Prevenzione individuale, familiare e di piccoli gruppi

E' uno dei momenti di qualificazione della pratica di medicina generale nel quadro più vasto della programmazione dell'assistenza.

Esso si traduce sostanzialmente nell'obiettivo di suddividere la popolazione assistita in gruppi "a rischio" e di attivare procedure di screening e di controllo mirate, periodiche e programmate. Una sorta di costruzione di "immagini epidemiologiche" sulle quali intervenire mediante l'educazione sanitaria, la eliminazione e/o correzione dei fattori di rischio e una diagnosi tempestiva, in collaborazione con istituti e centri di prevenzione per malattie di grande rilievo sociale.

Nella Tavola IV sono elencati in dettaglio problemi e soluzioni da dare a questa medicina "di iniziativa" per distinguerla da quella tradizionale, "di attesa", nella quale il medico attende la comparsa dei "sintomi di allarme" per intervenire.

In ultima analisi, dunque, essa richiede al medico un nuovo "modo di essere" rispetto al passato ed alla tradizione.

Tavola IV

1) Educazione sanitaria Strumenti: – comunicazione verbale e/o scritta Obiettivi: – fumo, etilismo, tossico e farmacodipendenza, obesità, norme igienico-dietetiche, esercizio fisico, contraccezione, gravidanza – responsabilizzazione del cittadino sui fattori di rischio personali (ambientali, eredo/familiari, costituzionali) – uso corretto dei servizi e delle strutture sanitarie – aderenza del paziente alla terapia ("compliance") e comprensione delle prescrizioni – consigli e istruzioni per i familiari di malati cronici e di malati terminali
2) Eliminazione e/o correzione dei fattori di rischio Strumenti: – ricerche epidemiologiche, costruzioni di immagini epidemiologiche, vaccinazioni e chemioprolifassi Obiettivi: – prevenzione degli handicaps – monitoraggio "periodico, programmato, personalizzato" dei fattori di rischio individuali – correzione dei fattori di rischio
3) Diagnosi "tempestiva" della malattia Strumenti: – sviluppo della cultura del "valore predittivo" degli esami bio-umorali e strumentali delle "analisi delle decisioni" Obiettivi: – individuazione precoce, e possibilmente preclinica, delle malattie acute e croniche

2.1.2. Diagnosi della natura del problema

Essa rappresenta il principale fondamento dell'attività di ogni medico che operi all'interno o all'esterno di una struttura sanitaria. Ma vi è una sostanziale differenza tra il medico generale e gli altri sanitari ed è rappresentata dal fatto che mentre questi ultimi si occupano di una popolazione di ammalati filtrata e preselezionata, ai primi vengono offerti problemi di una popolazione "totale e naturale", in cui molto spesso la componente biologica è mascherata da quelle psicologiche e sociali, o la prima si sostituisce a queste, o ancora appare confusa e indefinibile l'entità della compromissione organica.

Un medico, dunque, quello generale, addestrato a fare il "clinico" su una patologia da corsia ospedaliera ed universitaria, e che poi si trova ad occuparsi di altra patologia e malattie e disagi psico-sociali che, per motivi di equilibrio, tende a ricondurre ai classici canoni del ragionamento clinico.

Un medico che si fa "sul campo", con gli anni e l'esperienza, che non ha particolari strumenti per la sua attività e che infine, oggi più di sempre nella storia della medicina, è tributario di tutti gli altri settori quando si propone di porre una diagnosi o di confermare un sospetto.

Nella Tavola V sono schematizzati i problemi relativi al procedimento diagnostico ed alla sequenza di atti che essa richiede.

Tavola V

1) Raccolta dei dati
– dati di base del paziente (archivio dei dati)
– anamnesi/dialogo sul "problema" presentato
– raccolta e organizzazione dei sintomi "chiave" da collegare con i dati di base
– segni "chiave" rilevabili con l'esame obiettivo
– programma di "risoluzione del problema":
a) terapia di attesa o risolutiva
b) richiesta di esami preclinici
c) eventuale attivazione di una consulenza specialistica
2) Valutazione dei dati
– valore "segnaletico" dei dati osservati e raccolti (procedimento induttivo)
3) Formulazione delle ipotesi diagnostiche
4) Scelta tra diverse ipotesi (diagnosi differenziale)
– controllo ed eliminazione delle ipotesi proponibili (metodo deduttivo)

2.1.3. La Terapia/Risoluzione del problema

La terapia del medico generale, pur essendo in molti casi destinata a quadri clinici definiti, in molti altri è una terapia "sintomatica".

Ma molto spesso è chiamata anche a curare impropriamente problemi sociali non altrimenti affrontati o risolti, o risolvibili con provvedimenti politici e sociali. E' questo uno dei problemi più inquietanti che il medico generale si vede costretto ad affrontare, ogni giorno, stretto come è tra imperativi etici (valutazione del rapporto costi/benefici) e leggi economiche (rapporto

costi/benefici). Né è da dimenticare che la sempre maggiore disponibilità di farmaci potenti e selettivi rende l'arte del curare una scienza complessa ed impegnativa e che si sono moltiplicati i centri decisionali terapeutici di fronte a malattie croniche gravi e invalidanti per le quali si richiede un monitoraggio articolato e programmato.

La Tavola VI riassume i problemi relativi al compito curativo del medico generale.

Tavola VI

1) Formazione e informazione <ul style="list-style-type: none"> – nozioni di farmacologia clinica e terapia di base – formazione permanente post-universitaria – informazione corretta sui farmaci – farmacovigilanza
2) Valutazione e scelta della terapia (o tra le terapie) <ul style="list-style-type: none"> – medica, chirurgica, psicoterapica, fisioterapica, ecc. – decisione “autonoma” del medico curante – valutazione “critica” della consulenza specialistica – valutazione degli effetti collaterali e interazioni dei farmaci
3) Azione terapeutica <ul style="list-style-type: none"> a) scrivere la prescrizione b) informare il paziente (a voce e per iscritto) c) verificare la comprensione della terapia prescritta d) controllare che l'assunzione dei farmaci sia corretta (“compliance”) e) predisporre il controllo (clinico specialistico) delle terapie croniche
4) Collaborazione con i centri e gli istituti specialistici
5) Collaborazione con i centri di farmacovigilanza

2.1.4. Riabilitazione individuale

Nel quadro più vasto di un intervento che deve vedere il coinvolgimento interdisciplinare di più settori e l'impegno dell'intera comunità sociale, il compito del medico curante è quello di aiutare il proprio paziente a reinserirsi a pieno titolo, dal punto di vista relazionale e psicofisico, nella vita sociale ogniqualvolta eventi “morbosi” abbiano causato una sua emarginazione o non autosufficienza.

Il medico generale deve essere in grado di offrire al singolo e ai suoi familiari un aiuto concreto, in stretta collaborazione con i servizi tecnico-riabilitativi e con il personale dell'assistenza sociale, affinché il paziente possa esplicitare in ogni circostanza la propria libertà di scelta ed il massimo possibile di autonomia consentito dalle limitazioni imposte dalle affezioni e malattie nel corso della sua vita.

Nella Tavola VII sono riassunti i problemi relativi alla riabilitazione.

Tavola VII

<p>1) Riabilitazione fisica (nei Centri di riabilitazione e a domicilio) per il recupero funzionale di handicap temporanei e per il sollievo di handicap permanenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – esercizio fisico attivo e passivo – fisiochinesiterapia – terapia occupazionale – terapia della comunicazione – terapia riabilitativa specifica (neurologica, respiratoria, c. vascolare, della locomozione) – protesi ed ausili tecnici per handicap temporanei e permanenti – alimentazione e dietologia per quadri patologici (medici, post-chirurgici, oncologici, anziani, ecc.)
<p>2) Riabilitazione psicologica</p> <ul style="list-style-type: none"> – psicoterapia individuale e di gruppo
<p>3) Riabilitazione sociale intesa come segnalazione ai servizi sociali e offerta di collaborazione fattiva per i problemi che riguardano i propri pazienti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – problemi dell'alloggio – problemi del lavoro e del tempo libero – problemi della tossicodipendenza – problemi della devianza dei minori – problemi della coppia e della famiglia – problemi dell'emarginazione

2.1.5. Socializzazione delle informazioni

E' questo un tema stimolante, perché autenticamente innovativo rispetto al passato, ma anche notevolmente controverso e discusso.

La zona grigia di confine è costituita dal conflitto perenne e ricorrente tra le esigenze della collettività di poter disporre di informazioni utili per programmare, ed il diritto del singolo alla privacy e ad alla riservatezza sullo stato della sua salute, di cui il medico curante deve essere geloso custode. Il punto di riferimento è rappresentato dalla *Cartella clinica* (prevista obbligatoriamente dall'art. 31 dell'A.C.N.), che costituisce uno strumento tecnico professionale di lavoro ad uso personale del medico, consentendo al medico di collaborare con eventuali indagini epidemiologiche mirate ed a quanto previsto dagli accordi regionali, nel rispetto del segreto professionale.

Cartacea o informatizzata che sia, la gestione dei dati, essa dovrà sempre rispondere a tre requisiti essenziali:

- 1°. Garantire che non consenta l'identificazione del paziente se i dati vengono forniti al Servizio Informativo Sanitario a livello di ASL o di Regione.
- 2°. Facilitare la collaborazione e l'integrazione interdisciplinare tra i settori che intervengono su un determinato paziente, rendendo disponibili il maggior numero di informazioni utili e utilizzabili.
- 3°. Consentire il recupero di tutte le informazioni di ritorno al fine di poter disporre di un archivio dati completo.

Nella Tavola VIII sono riepilogati i temi relativi alla socializzazione delle informazioni, intesa come la possibile estrazione di dati dalla cartella clinica, al fine di un miglioramento della qualità dell'assistenza al cittadino e della pratica professionale del medico generale.

Tavola VIII

1) Risoluzione dei problemi e terapie – follow-up clinico – monitoraggio terapeutico
2) Comunicazioni tra i vari livelli di intervento – relazioni per il ricovero in ambiente ospedaliero, richiesta “motivata” di consulenza specialistica, referti specialistici, relazioni di degenza, informazioni, di natura sociale e ambientale, ecc.
3) Certificazioni, referti, denunce, perizie – di interesse pubblico e privato
4) Prevenzione individuale e di piccoli gruppi – valutazione del “coefficiente di rischio” individuale – individuazione dei “gruppi a rischio” – Programmazione periodica “personalizzata” del controllo dei pazienti e dei gruppi a rischio
5) Ricerca di base – sui bisogni della popolazione utente – sull’organizzazione sanitaria – sull’analisi delle decisioni” – sulla farmacovigilanza (Fasi 3 e 4) – sull’epidemiologia della popolazione assistita
6) Collaborazione con il Servizio Informativo Sanitario regionale o di azienda

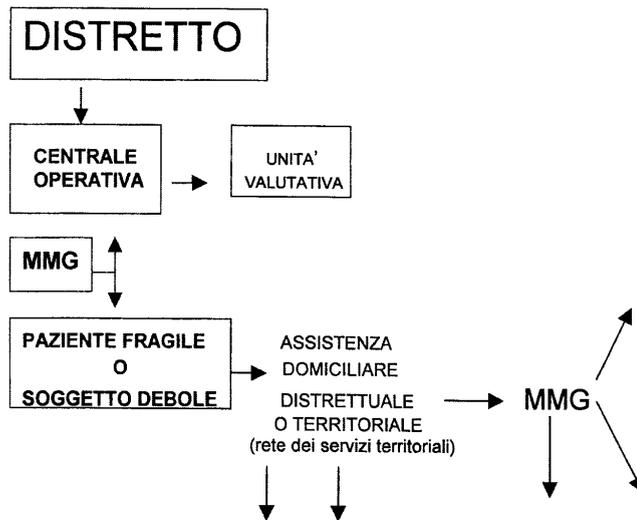
2.2. Assistenza domiciliare

I pazienti, in assistenza domiciliare, affetti da malattie acute, croniche o terminali, hanno bisogno del loro medico che dia sostegno, aiuto e conforto ad essi e ai loro familiari.

In particolare l'assistenza domiciliare ha come obiettivo la cura di anziani, invalidi o malati cronici non autosufficienti; di pazienti affetti da malattie acute che non meritano di ricovero ospedaliero; di pazienti dimessi dagli ambienti di ricovero che non abbiano problemi di terapie particolari dei pazienti in fase terminale.

Per raggiungere tale scopo il medico generale necessita della collaborazione di personale infermieristico e di ausilio domestico; di piccola tecnologia di supporto utilizzabile a letto dell'ammalato; di integrazione con la medicina specialistica domiciliare; di interventi di sostegno sociale e economico ed infine di integrazione con altri centri e servizi medici e sociali (Residenze protette, Centri di assistenza diurni, ecc.). Una corretta assistenza domiciliare evita il sovraffollamento cronico dei reparti ospedalieri, i ricoveri "impropri", le degenze ingiustificatamente lunghe; migliora, indirettamente, il trattamento ospedaliero dei pazienti più gravi e l'osservazione e la diagnosi dei casi complessi che necessitano di alta tecnologia; infine consente una migliore integrazione tra il sociale e il sanitario, senza confusione di ruoli, di compiti e di destinazione di risorse. (Vedi schema riepilogativo)

**Schema di:
Organizzazione dell'Assistenza Domiciliare
Distrettuale o Territoriale**



E' parte integrante dell'Assistenza Sanitaria primaria integrata con altri servizi e con l'Assistenza sociale.
 Pone l'utente e la famiglia in posizione di centralità, cioè di perno attorno al quale ruotano i servizi.
 Fase post-acuta o cronica di patologie che riducono notevolmente o annullano le capacità dell'individuo tanto da produrre la perdita parziale o totale dell'autosufficienza: assistenza globale, prevenzione delle riacutizzazioni, riabilitazione.
 Maggiore attenzione alla persona ed alla sua qualità di vita: assistenza continuativa alla persona e non alla patologia; umanizzazione dell'assistenza.

Garante della continuità assistenziale. Responsabile unico delle decisioni assistenziali e della gestione del paziente. Coordinatore della equipe interdisciplinare.

- Estensività delle cure e dei percorsi clinico-assistenziali.
- Deospedalizzazione con riduzione dei ricoveri impropri e della degenza media.
- Alta gratificazione e favorevole accettabilità da parte del paziente e della famiglia.
- Assistenza sociale logistica e domestica al paziente ed eventualmente alla famiglia anche con il coinvolgimento del volontariato.
- Efficiente utilizzo delle risorse con positivo rapporto costi/benefici e riduzione della spesa complessiva pari al 30% per la riduzione dei ricoveri ospedalieri ordinari, impropri e della degenza media.
- E' la risposta più efficiente ed efficace alle esigenze assistenziali socio-sanitarie dei soggetti deboli, dei pazienti fragili e delle loro famiglie.
- In conclusione: è un approccio olistico, cioè globale, ai problemi della salute e del disagio sociale che determina un ritardo nella comparsa delle complicanze di stati di malattia e un migliore recupero dei livelli di autosufficienza con positivo rapporto costo/benefici.

H – Ospedalizzazione a ciclo diurno: Day Hospital – Day Surgery.
 Fase acuta di patologie ad alta complessità clinico-diagnostica - Intensività delle cure. Elevata tecnologia e specializzazione – Costi elevati

AREA DELLA DEGENZIALITA'

- Hospice o Centro Residenziale di Cure Palliative
- Ospedale di Distretto o Territoriale o di Comunità - (Country Hospital)
- Residenza Sanitaria Assistenziale.
- Struttura per lungo degenza
- Casa di riposo

AREA DELLA RESIDENZIALITA'

- Strutture Semiresidenziali

- Assistenza Domiciliare Programmata - ADP (All. G, DPR 270/2000)
- Assistenza Domiciliare Integrata - ADI (All. H, DPR 270/2000)
- Ospedalizzazione Domiciliare OD o SD
- Dimissione Protetta
- Cure palliative domiciliari

AREA DELLA DOMICILIARITA'

2.3. Continuità assistenziale

E' fattore importante per garantire la globalità dell'assistenza primaria in modo permanente.

La maggior parte dei cittadini rimane con il proprio medico per molti anni e spesso per tutta la vita. Ciò crea una consuetudine di rapporti di una confidenza amichevole tra medico e paziente che influenza positivamente l'intervento terapeutico ed educativo, anche in rapporto alla prolungata conoscenza della storia del paziente, della storia naturale delle malattie sulla popolazione assistita e delle modificazioni indotte dalla terapia. La continuità si realizza anche attraverso l'integrazione con gli altri servizi e presidi distrettuali e ospedalieri e con l'utilizzazione di sistemi informatici utili e necessari per la fornitura dei dati riguardanti il paziente, la sua famiglia e tutta la popolazione assistita per una migliore efficacia ed efficienza dell'assistenza stessa.

2.4. Educazione sanitaria e assistenza preventiva individuale

2.4.1. Educazione sanitaria

Il medico generale interviene in senso educativo nei confronti del singolo e di piccoli gruppi per promuovere una "cultura della salute" mirata anche al corretto uso del Servizio Sanitario ed alla razionalizzazione della spesa.

2.4.2. Assistenza preventiva individuale

L'assistenza preventiva della medicina generale ha come obiettivo:

- 1) la prevenzione primaria individuale rivolta alla persona ed all'ambiente;
- 2) la prevenzione secondaria rivolta alla diagnosi precoce (individuazione della malattia in fase asintomatica per impedirne o ritardarne l'evoluzione), all'identificazione e rimozione dei fattori di rischio modificabili (fumo, alimentazione, alcolismo, sedentarietà, ecc.) ed alla promozione della salute sul territorio e sul posto di lavoro;
- 3) la prevenzione terziaria rivolta non soltanto ai processi di riabilitazione, che ne costituiscono un aspetto essenziale, ma anche all'insieme degli interventi medici ed educativi orientati al mantenimento della salute dei soggetti affetti da malattie croniche difficilmente guaribili (diabete, ipertensione, ecc.)

Si tratta di un'assistenza che si concretizza in una "*medicina di iniziativa*" con la realizzazione di programmi mirati di prevenzione ed educazione sanitaria individuale rivolti alle persone sane ed alle collettività; in una "*medicina di opportunità*" con programmi di prevenzione individuale ed educazione sanitaria delle persone a rischio, di cui il medico di famiglia è il miglior valutatore conoscendone direttamente la storia clinica e che a lui si rivolgono per vari e diversi motivi. L'assistenza preventiva individuale richiede, spesso, la collaborazione integrata di altri medici o Centri specializzati e molto spesso un appoggio sociale.

2.5. Ricerca e didattica

2.5.1. Ricerca

La ricerca clinica ed epidemiologica deve essere una componente intrinseca di una medicina generale che non voglia essere guidata da un approssimativo empirismo. Il medico generale può e deve sviluppare ricerche sul proprio lavoro professionale e sui suoi pazienti.

Il medico generale ha a disposizione un campo di osservazione scientifico che non trova riscontro nei laboratori e nei reparti di degenza. La ricerca è un importante metodo di apprendimento perché sviluppa le facoltà critiche del medico e ne affina il rigore metodologico.

La sacralità della ricerca accademica ha fatto ritenere che non ci fosse spazio per la ricerca in medicina generale e che quest'ultima dovesse essere connotata come scienza applicata piuttosto che come pratica scientifica.

La scientificità non nasce dai contenuti della ricerca ma dal metodo ed è questo che, trascurato nel curriculum degli studi universitari, i medici generali debbono acquisire durante la formazione post-laurea.

Campi di ricerca in medicina generale:

1. Stato di salute della popolazione:
storia naturale delle malattie e loro rapporti con l'ambiente e stili di vita della popolazione, sue modificazioni indotte dalla terapia; farmacovigilanza e segnalazione delle reazioni avverse dei farmaci; trial clinici controllati.
2. Organizzazione della medicina:
valutazione di qualità, studi di efficacia degli interventi; indagini sui motivi che spingono i pazienti a rivolgersi al medico (domanda sanitaria).
3. Analisi della natura e della peculiarità della medicina generale:
analisi delle decisioni in medicina generale; valutazione degli studi eziologici; valutazione degli esami diagnostici e di screening in medicina; studi sui rapporti rischi/benefici e costi/benefici.

2.5.2. Didattica

Il medico generale deve imparare a considerare l'insegnamento un obiettivo preminente della sua professionalità. Egli può insegnare:

1. Ai suoi pazienti. Il medico generale svolge due ruoli distinti anche se complementari e occasionalmente coincidenti:
 - a) partecipa attivamente alle campagne di educazione sanitaria rivolta alla popolazione per fornire una informazione precisa e realistica sui problemi della salute e della malattia visti in termini culturali; partecipa attivamente alla diffusione della conoscenza del S.S.N.;
 - b) instaura con i propri assistiti e i loro congiunti un rapporto personale, stretto e coinvolgente, che comporta un processo educativo decisamente più incisivo nell'indurre atteggiamenti corretti del singolo e della famiglia nei confronti del relativo vissuto della malattia;
2. Agli studenti in medicina (formazione di base).
3. Al personale infermieristico (formazione di un infermiere addestrato per la pratica sul territorio).

4. Ai medici neo-laureati mediante l'attività didattica tutoriale nel suo studio e l'attività di partecipazione al corso di formazione specifica in medicina generale.

Nessuna attività didattica è mai disgiunta dall'apprendimento. Insegnare significa anche imparare. E' indispensabile che il medico generale trovi nella professione il tempo per dedicarsi alla ricerca e alla didattica.

3. Conclusioni

La figura del medico generale, dunque, è caratterizzata da quella ricchezza di valori umani che costituiscono il patrimonio più prezioso del medico. L'enorme progresso a cui è andata incontro la medicina ha avuto, tra tanti effetti positivi, anche qualche risvolto negativo, che tocca da vicino la persona umana.

La medicina divenuta scienza, come dimostrano la sua metodologia eminentemente sperimentale, l'oggettività del suo contenuto, la conoscenza analitica degli eventi morbosi, e il contesto interdisciplinare, si è andata impoverendo di valori umani, perdendo di vista il suo vero oggetto, cioè l'uomo malato che in primo luogo è una persona, sovrapponendo l'interesse dell'organo malato a quello della persona inferma.

La tecnologia, offrendo dati sempre più precisi, viene privilegiata e tende a soffocare il ragionamento clinico che è prima di tutto rapporto diretto con il malato.

La medicina generale non esaurisce il suo compito con la diagnosi e la cura della malattia del singolo ma comprende l'intero contesto uomo-ambiente-società; e la figura del medico generale, oggi, è caratterizzata da quella ricchezza di valori umani che ne costituiscono il patrimonio più prezioso a fronte dell'anonimato cui il malato rischia di diventare negli affollati ambulatori pubblici o peggio che mai nei reparti di degenza ospedalieri.

La medicina generale è una pratica professionale di frontiera tra società e tecnologie mediche specialistiche, ed è una medicina centrata sulla persona e non sulla malattia; le componenti della professionalità del medico generale sono rappresentate dalle competenze, dall'organizzazione interna dello studio ed esterna del servizio e dalle strutture disponibili. Contrariamente a quanto si crede il medico generale non ha sempre da identificare organi anormali ed apparati alterati da cause organiche, da riparare e curare; al medico generale vengono offerti spesso "problemi" e non le malattie consegnateci dalla clinica, nelle quali spesso non c'è nulla di organico, e i confini tra il funzionale, lo psichico, lo psicosomatico e il sociale appaiono non facilmente definibili.

La malattia si costituisce nell'incontro tra il medico e il paziente, due personalità che "contrattano" continuamente il loro rapporto e le regole di tale rapporto.

Alcune sono malattie strutturate e definite, altre sono correlate al vissuto del paziente, altre sono gli esordi di un quadro morboso incerto, altre sono mimate da un cittadino diseducato e pseudo informato dai messaggi dei mass-media, altre, infine, sono espressione di frequentatori abituali che chiedono continue rassicurazioni sul loro stato di salute.

E' necessario predefinire, almeno in grandi linee e pre grandi settori della patologia prevalente, i compiti, le attività e le funzioni professionali del medico generale stabilendo, una volta per tutte, che, al di fuori delle condizioni di degenza, quest'ultimo è il medico curante del cittadino che ha riposto fiducia in lui, e che a lui spetta l'attivazione della consulenza specialistica nell'interesse del cittadino stesso.

Non si misurano le procedure della medicina generale con gli stessi strumenti degli altri settori della medicina e neanche i risultati possono essere sottoposti agli stessi parametri di valutazione. Laddove il rapporto del medico generale con il paziente si esaurisce nell'intervento del solo medico curante, la qualità non è soltanto tecnico scientifico, ma spesso è soltanto ed unicamente la soddisfazione del paziente.

Il rapporto medico paziente, anche nell'ambito della medicina generale, vive, oggi, un preoccupante fenomeno, caratterizzato da un lato da un sentimento positivo per l'opera svolta dal medico nel mantenimento della salute e nel prolungamento della vita, dall'altro da un sentimento negativo per l'eventuale insuccesso medico e per il danno attribuito sempre più spesso, all'azione del medico conseguente all'uso (spesso abuso) delle molteplici innovazioni tecnologiche, diagnostiche e terapeutiche. E' questa una nuova patologia: "*la patologia iatrogena*", causata dall'impiego delle nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche, ancor più dall'uso dei nuovi e più potenti farmaci, con i loro effetti collaterali spesso abnormi, spesso a disposizione del medico ed a volte incongruamente utilizzati e non sempre indispensabili. E' oramai statisticamente documentato che i danni causati dall'uso dei prodotti farmaceutici superano quelli provocati dalle nuove tecniche diagnostiche invasive e dalla chirurgia.

Negli ultimi decenni, le conoscenze scientifiche hanno compiuto importanti progressi, quanto non era successo nei secoli precedenti, con reali possibilità di cura e, in molti casi, di salvezza della vita.

La pratica della medicina, però, non è una scienza esatta: se da un lato esistono malattie gravi suscettibili di evoluzione favorevole, dall'altro esistono casi ineluttabili non certamente attribuibili all'opera del medico perché, spesso, le condizioni dell'essere vivente non possono essere conosciute completamente.

L'antichissimo rapporto bipolare di fiducia medico/paziente si va sempre più riducendo: da una parte si riduce la relazione affettiva che il paziente stabilisce con il medico, dall'altra si riduce l'empatia del medico verso il paziente.

Il rapporto personale, assai stretto, che connotava la medicina del passato viene sostituito, oggi, con quello più arido collegato alla molteplicità degli operatori sanitari che si occupano di un determinato paziente.

Il carattere sempre più specialistico ed occasionale dell'attività medica, il lavoro in equipe, la suddivisione dei compiti tra svariate figure professionali, in tempi e luoghi diversi, contribuiscono a spersonalizzare il rapporto medico-paziente, specie nei casi di patologie più gravi e maggiormente esposte ad insuccessi.

L'esame clinico eseguito sul paziente attraverso il metodo tradizionale (raccolta dei dati anamnestici seguita dall'esame fisico) conserva, tuttora, un rilevante valore ai fini della diagnosi, ma anche una importante valenza psicofisica (dottore ascoltami, dottore toccami, dottore parlami, chiede spesso il paziente che va educato e responsabilizzato sui suoi stili di vita).

In questo contesto il m.m.g., lungi dal rifugiarsi nella cosiddetta "Medicina difensiva" (condotta professionale del medico in cui non si pone al centro l'esclusivo e primario interesse del paziente, bensì l'obiettivo di prevenire il contenzioso giudiziario), deve conservare il proprio orgoglio professionale ed adottare le proprie decisioni con scienza e coscienza, avendo riguardo agli effetti che possono produrre sui propri pazienti, riconquistando il ruolo centrale che il S.s.n. gli assegna quale medico della globalità della persona. D'altro canto, l'errore in medicina è un rischio calcolato, riducibile ma non eliminabile, a causa della insidiosa natura di alcune patologie nei singoli pazienti, dell'umana fallibilità, nonché dell'altrettanto umana variabilità della qualità dei singoli professionisti e della quota di condotte scorrette, problema che si riscontra in tutte le professioni, favorito, nell'ambito della medicina di famiglia, dalla pleora medica che induce a comportamenti lassisti nella ricerca e nel mantenimento della clientela.

Un vecchio maestro, P. Valdoni, durante le sue lezioni agli studenti di medicina, soleva ripetere spesso: "non esiste medico che non sbaglia mai, il medico bravo è quello che sbaglia di meno!".

E ci piace ricordare, anche, quanto si chiede, in un recente saggio, il grande clinico medico N. Dioguardi, circa il motivo principale della recente crisi di identità della professione medica; "il medico è ancora il custode di una dottrina intrisa di valori etici e morali in difesa della dignità dell'uomo, protagonista di una medicina più libera e meno schiava di procedure burocratiche e tecnocratiche, oppure deve servire gli interessi finanziari, legati alle nuove tecnologie, che stanno alle spalle della moderna medicina?".

Questa domanda deve coinvolgere il medico di famiglia, perché la complessa gestione della salute può essere soddisfatta solo se egli si riappropria, fino in fondo del suo ruolo, attraverso la competenza, l'abilità professionale, il prestigio, e la comunicazione con il paziente e la famiglia, che, specialmente oggi, è la fase più importante dell'incontro medico-paziente maggiormente sacrificata nella medicina specialistica e tecnologica. Caratteristica importante del buon medico è la capacità e la disponibilità all'ascolto. Ma non basta una generica disponibilità: il medico deve sapere ascoltare senza essere impaziente e superficiale nel colloquio con il malato e i suoi familiari.

La comunicazione è fondamentale, nella pratica del m.m.g., perché il malato, insistiamo, è una persona che va vista nella sua globalità fisica e psichica con riguardo al suo ambito di vita e di lavoro, cosa che gli strumenti più sofisticati non possono offrire.

Bisogna riportare l'esercizio della medicina di famiglia, malata anch'essa, spesso, di fideismo tecnologico e superspecialistico, alla sua essenza: l'incontro tra due persone, nel rispetto reciproco.

Il medico generale, dunque, è l'unico mediatore capace di ricondurre criticamente la dimensione bio-psico-sociale della domanda di salute dei cittadini, alle risposte bio-tecnologiche che la medicina moderna mette a disposizione.

Egli è il cardine di una medicina quotidiana, nobile e silenziosa, che non fa notizia e che è altrettanto importante: quella che si prende cura dell'uomo sofferente e vive con estrema sensibilità ed affettività questa esperienza esaltante.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- **Adamo M e A.A.:** *"Manuale di medicina legale e delle assicurazioni"*.
Monduzzi Editore, Bologna, 1989.
- **Avecone P.:** *"La responsabilità penale del medico"*.
Giuffrè Editore, Milano, 1994.
- **Barni M.:** *"Danno biologico ed incapacità al lavoro"*.
In Rassegna di Medicina Legale Previdenziale, 3-4, 1003, 5.
- **Barni M.:** Paci A.: *"Regole e responsabilità dell'esercizio professionale"*
In Guida all'esercizio professionale
C.G. Edizioni Mediche Scientifiche – Torino, 2000
- **Barni M.:** *"Diritti-Doveri: responsabilità del medico"*.
Giuffrè Editore, Milano, 1999.
- **Beretta – Anguissola A.:** *"Umanesimo e Medicina"*.
Federazione Medica, Marzo, 1992.
- **Bilancetti M.:** *"La responsabilità penale e civile del medico"*.
CEDAM, Padova, 1998.
- **Brondolo W e AA:** *Vademecum sulla responsabilità professionale del medico.*
Piccin Ed., Padova.
- **Canovacci L.:** *"I doveri professionali in Guida all'esercizio professionale"*
Ed. Medico Scientifiche, Torino, 2000
- **Carnevale F., Rodriguez D.:** *"Manuale di medicina del Lavoro, Medicina Legale e delle Assicurazioni."*
Ed. Libreria Cortina. Verona, 1986
- **Cartabellotta A.:** *"Verso un'assistenza sanitaria basata sulle evidenze scientifiche"*
Recenti Pro.Med. 88,435,1997.
- **C. Cateni e A.A.** *"La tutela della salute nella giurisprudenza della Corte Costituzionale"*
C. G. Edizioni Mediche Scientifiche, Torino, 1996.
- **Dioguardi N.:** *"La medicina dalla certezza alla complessità"*
Leadership Medica, 13,8,1997.
- **Fiori A.:** *"Medicina Legale della responsabilità medica"*
Giuffrè Editore, Milano, 1999.
- **Funari A.:** *"La certificazione, le denunce obbligatorie, il segreto professionale"*
In Guida all'Esercizio Professionale, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 1987.

- **Geraci F.:** *“Eutanasia per gli altri?”*
Il Medico d'Italia – 1992
- **Gerin C.:** *“La valutazione medico-legale del danno alla persona in responsabilità civile”*
Giuffrè Ed. – Milano, 1987.
- **Gerin C., Antoniotti F., Merli S.:** *“Medicina legale e delle assicurazioni”*
S.E.U., Roma, 1992.
- **Giannini G.:** *“Il danno alla persona come danno biologico”*
Giuffrè Editore, Milano, 1986.
- **Giannini G.:** *“Il risarcimento del danno alla persona nella giurisprudenza”*
Giuffrè Editore, Milano, 1991.
- **Giusti G.:** *“Trattato di Medicina Legale”.*
CEDAM, Padova, 1998.
- **Ladecola G.:** *“Il medico e la legge penale”.*
CEDAM, Padova, 1993.
- **Lega C.:** *“Manuale di bioetica e deontologia medica”.*
Giuffrè Editore, Milano, 1992.
- **Macchiarelli L., Feola T.:** *Medicina Legale*
Ed. Minerva Medica 1995
- **Malcontenti R, Lalla F.:** *“L’esercizio del potere disciplinare del Consiglio dell’Ordine professionale alla luce del nuovo codice di procedura penale”*
Federazione Medica, 39, 1992
- **Marra A.:** *“La responsabilità civile e penale del medico nella giurisprudenza e nella dottrina”.*
ADL, Milano, 1989.
- **Marra A.:** *“Il medico di famiglia nella giurisprudenza e nella legislazione”.*
Mediamix Ed. Sc., Milano, 1991.
- **Marra A.:** *“Professione e responsabilità”*
Le Guide del Corriere Medico - Milano, Dicembre 1995.
- **Melannino S., Bevilacqua L.:** *“Il segreto professionale nell’esercizio delle arti sanitarie”.*
CEDAM, Padova, 1983.
- **Melannino S.:** *“Legislazione Sanitaria e obblighi legali del medico”.*
CEDAM, Padova, 1998.
- **Pittau G.:** *“Il problema dell’eutanasia e il diritto alla vita strumentale”*
Atti del Forum Distrettuale – Rotary International. Civitavecchia, 1992.

- **Puccini C.:** *“Istituzioni di medicina legale”*.
Casa Editrice Ambrosiana , Milano, 1999.
- **Ricci S.:** *“Il consenso informato”*.
Relazione al 29° Convegno Nazionale Società Italiana Chirurgia d'Urgenza
Roma – Novembre 1990.
- **Riggio P.:** *“Certificazione di malattia”*.
Centro Studi Fimmg Roma – 2001.
- **Sassi D.:** *“Prospettive di miglioramento della medicina di famiglia come fulcro della promozione della salute”*.
Tesi di Laurea – Università “La Sapienza” Roma – Facoltà di Giurisprudenza – a.c.
1991-1992
- **Visintini G.:** *“Trattato breve della responsabilità civile”*.
CEDAM, Padova, 1996.
- **I quattro codici**
Edizione Simone, 1993
- **Manuale del Medico di Medicina Generale**
Centro Studi Fimmg Roma - 1994

FONTI NORMATIVE

R.D. 27 luglio 1934, n. 1265

Testo Unico delle leggi sanitarie.

D.Lgs. CPS 13 settembre 1946 n. 233

Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.

D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221

Approvazione del Regolamento per l'esecuzione del D.Lgs. CPS 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina delle professioni stesse.

Legge 26 giugno 1967, n. 458

Trapianto del rene tra persone viventi.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833

Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Legge 24 luglio 1985, n. 409

Istituzione della professione di odontoiatria.

DPCM 28 marzo 1990

Costituzione dei Comitati Etici".

Legge 26 aprile 1990, n. 86

Modifiche in tema di delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione.

DPR 9 ottobre 1990, n. 309

Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope.

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Legge 31 dicembre 1996, n. 675

Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

D.M. (Sanità) 15 luglio 1997

Recepimento delle linee guida dell'Unione Europea di buona pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali.

D.M. (Sanità) 18 marzo 1998

Linee guida di riferimento per l'istituzione e il funzionamento dei Comitati Etici.

Legge 8 aprile 1998, n. 94

Disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria

Codice di Deontologia Medica 3 ottobre 1998.

deliberato dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO

D.Lgs. 13 ottobre 1998, n. 386

Disposizioni in materia di esercizio della professione di odontoiatria.

D.Lgs. 30 luglio 1999, n. 282

Disposizioni per garantire la riservatezza dei dati personali in ambito sanitario.

Legge 3 novembre 2000, n. 325

Disposizioni inerenti all'adozione di misure minime di sicurezza nel trattamento dei dati personali.

Legge 8 febbraio 2001, n. 12

Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore.