

CODICE DI ETICA PER L' ÉQUIPE MEDICA

**2001
XXI sec., anno 1**

**In memoria dei 110 anni dell' Associazione Medica Argentina
(1891-2001)**

CODICE DI ETICA PER L' ÉQUIPE SANITARIA
Codice di etica per l' équipe sanitaria

ASSOCIAZIONE MEDICA ARGENTINA

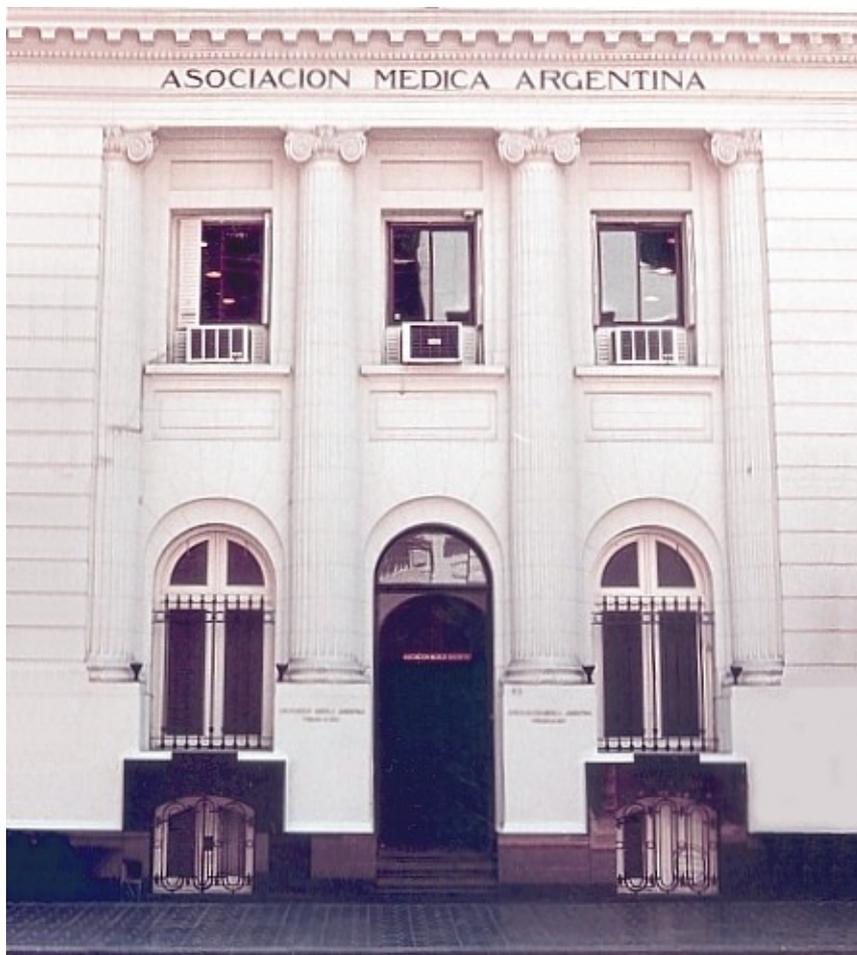
CONSIGLIO DIRETTIVO
2001-2002

Presidente	Dr. Elías Hurtado Hoyo
Vicepresidente	Dr. Juan E. Dillon
Segretario	Dr. Miguel Falasco
Vicesegretario	Dr. Jorge Gorodner
Tesoriere	Dr. Omar Luis Molina Ferrer
Vicetesoriere	Dr. Gustavo Piantoni
Segretario verbali	Dr. Carlos Rubén Cabrera
Consiglieri effettivi	Dr. Jorge Manrique Dr. Roberto Reussi Dott.ssa Esther Stolar Dr. Pablo López
Consiglieri supplenti	Dr. Juan Domínguez Dr. Vicente Gorrini

CONSIGLIO DIRETTIVO
2003-2007

Presidente	Dr. Elías Hurtado Hoyo
Vicepresidente	Dr. Miguel Falasco
Segretario	Dr. Miguel Ángel Galmés
Vicesegretario	Dr. Jorge Gorodner
Tesoriere	Dr. Omar Luis Molina Ferrer
Vicetesoriere	Dr. Vicente Gorrini
Segretario verbali	Dr. Roberto Reussi
Consiglieri effettivi	Dr. Jorge Manrique Dr. Félix J Domínguez Dr. Gustavo Piantoni Dr. Pablo López
Consiglieri supplenti	Dott.ssa Lidia Nora Iraola

ASSOCIAZIONE MEDICA ARGENTINA



**ASSOCIAZIONE MEDICA ARGENTINA
FONDATORI
1891**

Aberasturi Maximiliano	Castro Pedro Máximo	Grierson Cecilia
Acuña L.	Centeno Ángel M.	Güemes L.
Alba Carrera J.	Chavez Gregorio	Guerrico R.
Allende Ignacio	Clausolles C.	Güiraldes A
Allende Juan G.	Colón Ricardo	Hernández Obdulio
Almanza Juan P.	Coni Emilio R.	Herrera Vegas M
Alston Juan	Córdoba Juan Carlos	Hunt Gregorio
Alurralde Mariano	Costa Jaime R.	Ingenieros José
Amuchasteguy G.	Cranwell Daniel J	Inurrigarro Lorenzo
Arata R.M.	Crotto J.B.	Irizar J.M.
Araujo J.J.	Cuñado F.	Izzo L.
Arce José	D'Agostino F.	Jasinski G.
Ayerza José Abel	D'Alessandro Antonio	Jorge J.M.
Baigorri E.	Davel D.	Justo Juan B.
Ballester Antonio F.	Davison Diego TR	Labougle Pedro
Barbiglia Eugenio	De Gainza Rodolfo	Lagarde Alfredo
Barraza J.C.	De La Cárcova Luis	Lagleyze Pedro
Bazterrica Enrique	Del Arca E.	Larguía Facundo
Beek P.	Dellepiane Manuel	Larroque B.
Bello Andrés	Domínguez Silverio	Laure Jorge
Bellouard V.	Emery Florencio	Leiguarda Alonso R
Benedit Pedro	Escalier José M	Levingston Luis
Bengolea M.	Escudero Pedro	Lima Diego
Berra Jacobo I.	Esteves J.A.	Lizarralde D.
Billinghurst A.	Fernández J.R.	Llambías Joaquín
Bonorino Udaondo Carlos	Ferrari O.	Lloberas C.
Bozetti A.	Ferreyra B.	Loreto Jerónimo A.
Cabezón J.M.	Ferreyra Miguel	Lozano Ernesto
Cabred Domingo	Gainza Rodolfo	Luque Eliseo
Caldumbide Juan	Gandolfo Antonio C.	Mainini Carlos
Canton Eliseo	Ganduglia P.	Maione F.
Casanova Julio P.	García Fernández Juan	Malbrán Carlos
Castaño Alberto	Garzia F.	Martínez Benjamín
Castex Mariano	Videla E.González	Martínez J.
Castro A.	Goyena Juan Raúl	Massini JF
Meléndez L.	Pinto J.T.	Spada Carlos

Méndez Julio
Molina D.
Molinari José F.
Mollard F.
Montes de Oca Augusto
Montes de Oca Leopoldo
Murray Guillermo G
Navarro Juan Carlos
Obejero M.D.
Pacheco Román
Penna José
Pereyra Rego J. (h)
Pineda Félix
Piñero Antonio F.

Pistoni Julio
Pittaluga A.S.
Puebla Adolfo
Ramallo N.
Ramauge A.
Ramírez E.
Rey C.
Rivas José
Romero Braulio
Segura Eliseo V
Señorans Juan B.
Settieri N.
Solá José
Sommer Baldomero

Stadtfeld Conrado
Starke Carlos E
Sudnick R.
Susini Telémaco
Taggrh N.
Tancredi Botto J.
Tello Wenceslao
Terán JTorino M.M.
Uballes Uriarte A.
Valdéz Adolfo
Vasallo Manuel
Vila Luis F.
Viñas Marcelo
WasserzugEugenio
Welchli Gustavo

ASOCIACION MEDICA ARGENTINA PRESIDENTES

Pedro F.Roberts	1891	Carlos Mainini	1936-1938
Emilio R. Coni	1891-1893	Carlos Mainini	1938-1940
Eufemio Uballes	1893-1894	Carlos Mainini	1940-1942
Roberto Wernicke	1894-1895	Nicolás Romano	1942-1944
Roberto Wernicke	1896-1897	Nicolás Romano	1944-1946
Baldomero Sommer	1897-1899	José Valls	1946-1948
Enrique Bazterrica	1899-1900	José Valls	1948-1950
Abel Ayerza	1900-1901	Rodolfo A. Eyherabide	1950-1952
José M.Escalier	1901-1902	Rodolfo A. Eyherabide	1952-1954
José F. Molinari	1902-1903	Rodolfo A. Eyherabide	1954-1956
Ángel M.Centeno	1903-1904	Carlos E.Ottolenghi	1956-1958
Pedro Bénédict	1904-1905	José Belbey	1958-1960
Maximiliano Aberastury	1905-1906	Humberto R.Rugiero	1960-1962
Daniel I. Cranwell	1906-1907	Humberto R.Rugiero	1962-1964
Marcelino Herrera Vegas	1907-1908	Eduardo L.Capdehourat	1964-1966
Horacio.G.Piñero	1908-1909	Eduardo L.Capdehourat	1966-1968
José Ingenieros	1909-1910	Eduardo L.Capdehourat	1968-1970
Máximo Castro	1910-1911	Eduardo L.Capdehourat	1970-1972
José Arce	1911-1912	Eduardo L.Capdehourat	1972-1974
Julio Méndez	1912-1913	Eduardo L.Capdehourat	1974-1976
Marcelo Viñas	1913-1914	Egidio S.Mazzei	1976-1978
Mariano Alurralde	1914-1915	Francisco Javier Romano	1978-1980
Joaquín Llambías	1915-1916	Francisco Javier Romano	1980-1982
Ángel M.Centeno	1916-1917	Carlos Reussi	1982-1984
Carlos Robertson Lavalle	1917-1919	Carlos Reussi	1984-1986
Pedro Escudero	1919-1920	Carlos Reussi	1986-1988
Pedro Escudero	1921-1922	Carlos Reussi	1988-1990
Eliseo V.Segura	1922-1924	Carlos Reussi	1990-1992
Juan Carlos Navarro	1924-1926	Luis J.González Montaner	1992-1994
Carlos Bonorino Udaondo	1926-1928	Luis J.González Montaner	1994-1996
J.Jacobo Spangenberg	1928-1930	Luis J.González Montaner	1996-1998
Mariano R.Castex	1930-1932	Elías Hurtado Hoyo	1998-2000
Juan M.Obarrio	1932-1934	Elías Hurtado Hoyo	2000-2002
Juan Raúl Goyena	1934-1936	Elías Hurtado Hoyo	2003-2007

SOCIETÀ DI ETICA IN MEDICINA

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente	Dr. Luis A.F. Allegro
Vicepresidente	Dr. León Cabellun
Segretario	Dr. Jorge Yansenson
Vicesegretario	Dr. Horacio Dolcini
Tesoriere	Dr. Agustín Candiotti
Vicetesoriere	Dr. Gregorio Ganopol
Consiglieri effettivi	Dr. Rolando Hereñú Dr. Julio N. Cosen Dr. Fabián L. Allegro
Consiglieri supplenti	Dr. Ernesto Gil Deza Dr. Daniel Levy
Direttore della Rivista	Dr. Rolando Hereñú

PRESIDENTI

Dr Marcos Meeroff	(1991-1995)
Dr Allegro Antonio Francisco	(1996-1999)
Dr Allegro Antonio Francisco	(1999- 2001)

SOCIETÀ DI ETICA IN MEDICINA

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente	Dr. Luis A.F. Allegro
Vicepresidente	Dr. Eduardo Del Caño
Segretario	Dr. Daniel Levy
Vicesegretario	Dra. Adriana Alfano
Tesoriere	Dr. Francisco Alvarinhas
Vicetesoriere	Dra Rodica H de Cosen
Consiglieri effettivi	Dr. Rolando Hereñú Dr. Fermín García Marcos
Consiglieri supplenti	Dr. Fabian Allegro Dr. Elisa Alvarinhas

CODICE DI ETICA PER L' ÉQUIPE MEDICA

**2001
XXI sec., anno 1**

**In memoria dei 110 anni dell' Associazione Medica
Argentina
(1891-2001)**

*Opera registrata presso la Dirección Nacional del Derecho del Autor, Fasc. N.
129102/2001*

DIREZIONE

Dr. Elías Hurtado Hoyo

Dr. Horacio A. Dolcini

Dr. Jorge F. Yansenson

RELATORI

...

Dr Ahumada Juan Carlos	Dr Corbelle Jorge (h)	Dr Manrique Jorge
Dr Alfonsín Arturo	Dr Cosen Néstor +	Dr Marti Manuel
Dr Allegro Fabian	Dr Cubellun León +	Dra Martínez Stella M
Dr Allegro Luis	Dr Deluca Jorge	Dr Meeroff Marcos +
Dr Almanza José María	Lic Díaz José Luis	Dr Mercado Jorge
Dra Alvarinhas Elisa R	Dr Dillon Juan	Dr Montenegro Roger
Dr Alvarinhas Francisco	Dr Dinard Alberto	Dr Navarini Emilio
Dra Arias Elena	Dr Fahrer Rodolfo	Dr Niño Luis
Dr Arozamena Martínez C	Dr Falasco Miguel	Dr Olmos Fürch R
Dr Artrudi Rodolfo	Dra Fernández Mirta	Dr Ortiz Enrique Fru
Dr Baistrocchi Carlos A	Dr Ferreyra Luis	Dr Parada Osvaldo
Dr Barclay Carlos	Ing Gago Eduardo	Dr Pérez Víctor
Dra Barone María Elisa	Dr Galíndez Rafael	Dr Pisarevsky Julián +
Dr Bartomeo Agustín	Dr Galmés Miguel A	Dr Renna Jorge
Dr Benetucci Jorge	Dr Garay Oscar	Dr Reussi Roberto
Dr Bergier Héctor +	Dr García Giltz Pablo	Dra Rijana María Luisa
Dr Blousson Alberto	Dr García Marcos F	Dr Rodríguez Martín J
Lic Bombasey Elena	Dr Gorrini Vicente	Dr Santi Orlando
Dr Bruno Mario	Dr Gutiérrez Pedro	Dr Sebastiani Mario Dr
Dr Cacherosky Al	Dr Gutiérrez Zaldivar H	Dr Schäechter Salomón
Dra Calvillo Lidia	Dr Hereñú Rolando	Dr Sonis Abraam
Dr Candiotti Agustín	Dr Herrero Ricardo	Dr Tanus Eduardo
Dra Carballa Adriana	Lic Hurtado Gustavo	Dr Tealdi Juan Carlos
Dr Carnelli Luis	Dra Iraola Luisa Nora	Dra Turyk Susana
Dr Carranza Casares CA	Dr Kameniecki Mario	Dr Viotti Ricardo
Dr Centeno Ángel M	Dr Lemberg Abraham	Dr Vizakis Miguel
Lic Cetera Palmira	Dr Lopreiato Alberto	Dr White Roberto
Dra Cora Eliseth Marta	Dr Maglio Ignacio	Dr Weinstein Marcos
		Dr Young Edgardo

**CODICE DI ETICA PER L' ÉQUIPE MEDICA DELLA
ASSOCIAZIONE MEDICA ARGENTINA**

ISTITUTO UNIVERSITARIO ITALIANO DE ROSARIO

IL COORDINATORE DELLA TRADUZIONE IN ITALIANO

Dr. Emilio A. Navarini

IL TRADUTTORE

TPN María Gabriela Piemonti

IL CONSULENTE LEGALE

Dr. Karina Elmir

IL CONSULENTE LINGUISTICO

Dr. Michele Riccardi

PREFAZIONE

L' Associazione Medica Argentina, nata il 5 settembre 1891 quale Ente non governativo senza fini di lucro, per potenziare la formazione postuniversitaria in Medicina, già nel primo Statuto prevedeva l' adesione ad essa di medici e professionisti della Salute. I principi, tuttora in vigore, sono: l' indipendenza politica, l'uguaglianza razziale, la libertà di culto e la parità fra i sessi.

Sin dall' inizio e nonostante i grandi avvenimenti nazionali e mondiali del XX sec., l' Associazione è diventata un bastione della democrazia e ha saputo mantenere i propri principi.

Oggi, dopo due anni di intenso lavoro intellettuale, proprio all' inizio del XXI sec., i Consigli Direttivi dell' Associazione Medica Argentina e di una sua Sezione interna, la Società di Etica in Medicina, presentano il Codice di Etica dell' Associazione Medica Argentina per l' équipe sanitaria, affinché esso possa servire da guida e da supporto al lavoro non solo dei propri soci ma di tutti i membri dell' équipe sanitaria e/o delle Organizzazioni di Salute che ci volessero aderire.

Trattasi di un Codice aperto poiché i contenuti sono perfettibili o completabili, comunque suscettibili di future modifiche a seconda dell' evoluzione dell' Uomo e della nostra Società. L' aspetto fondamentale in ogni caso è quello di saper cogliere il beneficio del dolore provocato dall' errore nella prassi medico-sanitaria.

Per le Scienze della Salute, il XX sec. ha avuto uno sconvolgente progresso, sia per i propri contributi che per il contributo offerto dallo sviluppo di altre scienze: di fronte ai meravigliosi e straordinari progressi del sapere alla base di un sostegno sempre più scientifico per la nostra attività -nel risolvere con maggiore accuratezza la problematica della salute della persona (sano-malato)-, vi è uno sforzo indeclinabile nella difesa dei veri valori dell' Essere. L' obiettivo della Salute è il completo equilibrio del benessere psicofisico, sociale e spirituale della persona e della comunità e la responsabilità dell' équipe sanitaria è raggiungere tale equilibrio. E l' unico modo di assumere tale responsabilità è rafforzare tutti gli ambiti dell' attività umana. Ecco quindi l' importanza di sottolineare il ruolo sociale e umano dell' équipe sanitaria di fronte alle grandi problematiche dell' umanità (guerre, povertà, fame, sovrappopolazione, ignoranza, ecc.). L' essenza spirituale è costituita dal rispetto per la vita, per i diritti della persona e del suo ambiente e la Salute diviene quindi la base fondamentale della civiltà così come lo sono anche l' Educazione, il Lavoro, la Giustizia, la Sicurezza e la Fede e solo sarà possibile conseguire gli scopi della professione nell' interrelazione con ognuna di queste aree.

Per l'Associazione Medica Argentina e per la Società di Etica in Medicina la via etica della Sanità è un'incessante ricerca responsabile della verità in libertà. Nell' "atto medico", nello strabiliante mondo tecnologico dei giorni nostri, non è più sufficiente la sola padronanza scientifico-tecnica: l' Uomo-Membro dell' équipe sanitaria è ormai tenuto ad avere qualcosa di volitivo in ogni decisione che esprima la "maturità" e l' "esperienza" acquisite con la professione e con l' evoluzione esistenziale quale persona; un "qualcosa" che consenta di capitalizzare i progressi ma entro i limiti necessari per saper mantenersi all' interno dei Valori Sociali.

Questo Codice è un altro contributo per tutta la Comunità, nell' anniversario dei 110 anni di vita dell' Istituzione (1891-2001).

Alcuni degli articoli sono stati presi da altri Codici, sia argentini che stranieri, perché nonostante il trascorrere del tempo, non perdono vigore. E molto probabilmente le future discussioni ne consentiranno l' arricchimento.

Ringraziamo tutti i diretti collaboratori della redazione, quelli che per ragioni di tempo non hanno potuto parteciparvi direttamente e tutti quelli che per la loro esemplare azione quotidiana sono modelli ai quali il presente Codice si ispira.

Un particolare ringraziamento ai Direttivi dell'Associazione Medica Argentina e della Società di Etica in Medicina, per aver promosso l' iniziativa della stesura del Primo Codice di Etica della nostra istituzione, che è inoltre il primo Codice per tutta l' équipe sanitaria.

Uno speciale ossequio al Dr. Horacio Dolcini e al Dr. Jorge Yansenson, i quali con le loro idee, la loro dedizione e chiara conduzione, dopo molteplici incontri per giungere al consenso delle diverse opinioni degli esperti convocati per ogni capitolo, hanno permesso la realizzazione del progetto.

A mia figlia Andrea, per i suoi contributi nel campo concettuale-filosofico.

E uno speciale riconoscimento alla Dott.ssa Ana María Kaplan, la quale attraverso il lavoro di segreteria ha saputo esprimere l' impegno morale che ha con la nostra istituzione.

Non mi resta infine che sottolineare quanto sia trascendente per tutti noi la permanente comprensione e l' appoggio delle nostre famiglie e di tutti i soci che ci accompagnano nelle diverse iniziative con lo stimolo necessario per continuare nella ricerca, fra tutti, di ciò che è meglio per l' essere umano.

**Il Presidente dell' ASSOCIAZIONE MEDICA ARGENTINA,
Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo**

INTRODUZIONE

Il Membro dell' équipe sanitaria si impegna a utilizzare tutti i mezzi disponibili nella propria prestazione sulla base della propria formazione e della predisposizione di dare - cimentata nelle conoscenze e nel training tecnico-specifico-, sia per prevenire, per far guarire o per alleviare gli effetti della malattia, informandone sui possibili rischi e sulle complicazioni inerenti, senza però garantire i risultati. Si impegna altresì ad accompagnare il buon morire dei propri pazienti nel rispetto dei loro valori culturali e religiosi.

Sebbene la Medicina abbia dato il proprio contributo con grandi successi alla comunità, il lavoro dell' équipe sanitaria si svolge in un contesto ostile dal punto di vista socioeconomico e giuridico, situazione che dovrà essere risolta in questo secolo. Il carattere tecnico, le limitate possibilità e la crescente democratizzazione socializzante dell' assistenza al malato sono alcuni dei fattori responsabili per cui ai giorni nostri le Scienze Mediche vengono applicate in condizioni di conflitto non soltanto attinenti all' Etica ma anche ai campi amministrativo, civile e penale. In altre parole: da una professione completamente libera è divenuta un'attività dipendente da qualcos'altro: lo Stato, le mutue, le assicurazioni sanitarie private e altri sistemi; da una Medicina ipocratica verticalista -nella quale l' équipe sanitaria era in cima al potere e subordinava il paziente- nella seconda metà del secolo scorso si è passati all' orizzontalità sotto la tutela della Dichiarazione dei Diritti Umani, la cui finalità era il benessere di tutti gli esseri umani.

Nel campo della Salute è stato capito che la Medicina è responsabilità di tutti. Benché non preparata per far fronte alla realtà quotidiana della lotta per la sopravvivenza, a ciò che è stato gradualmente assorbito dal "mercato", l' équipe sanitaria ha accettato tale definizione ma è contemporaneamente discesa per integrarsi nella comunità. Difficile da discernere è per l' équipe sanitaria il quotidiano esistenziale dal trascendentale. Ed è così che comincia il XXI sec.: senza capire ciò che è avvenuto, l' équipe sanitaria perde capacità per attuare decisioni, è travolta dall' "industria della salute" all' interno del cui circuito ha ora il ruolo di esecutore di lineamenti politici o imprenditoriali, diventa un vettore e nonostante tutto assume tale condizione con responsabilità tecnica e legale, perché "qualcuno" riceva dei benefici. Diviene verticalista, allorquando l' équipe sanitaria oggi è al vertice ma quale fattore di aggiustamento di tutti i Sistemi della Sanità, nel mentre discute su come fare per ottimizzare il lavoro dei propri professionisti. E ancor di più: vengono creati modelli

concorrenziali per stimolarne la formazione permanente, con la pretesa di garantire alla popolazione il livello di formazione di chi è tenuto a guidare la scienza; sente dunque di non poter assicurare ai professionisti una retribuzione degna e correlata ai propri sforzi; i più giovani chiedono come evolvere senza la tentazione delle “sirene” dello statalismo, della corruzione e dell’ impunità. D’altra parte, le diverse riforme sanitarie non sono riuscite ad essere universali e mantengono l’ incertezza dell’ accesso alla salute per i meno abbienti, mentre una gran parte della società è “soggetta” ai Sistemi sanitari.

Dall’ esame delle cause alla base di una tale situazione, è possibile segnalare una molteplicità di fattori: mentre altri settori della società hanno conquistato aree proprie del “territorio” delle Scienze della Salute, con influenze negative sul rapporto medico-assistito, il comune fattore determinante del mancato riconoscimento dell’ attività -negli aspetti socioeconomici e legali- è la divisione fra i membri dell’ équipe sanitaria che non consente di far fronte insieme a questi problemi, mentre la difesa dei valori indeclinabili della professione dovrebbe essere la bandiera di unione di una volta per sempre.

L’ éthos non è altro che una forma di vita. Lo scopo dell’ Etica è quello di facilitare la corretta azione della persona attraverso la delimitazione della bontà o della cattiveria altrui. L’ Etica non si propone di sapere cosa è la virtù -il che non avrebbe certamente nessuna utilità- ma di farci virtuosi. I concetti del bene e del male sono sempre esistiti, da quando l’ essere umano ha cominciato a conoscere se stesso, ma da un punto di vista prettamente filosofico il bene ci avvicina alla verità. L’ Etica non è una scienza positiva, non descrive gli atti umani come sono ma come dovrebbero essere e quindi è una scienza normativa. Secondo il presupposto etico della retta ragione i tre grandi principi etici per il corretto agire umano sono: fai il bene ed evita il male; non fare agli altri ciò che non vuoi facciano a te e fa agli altri ciò che vuoi facciano a te.

La Medicina ai tempi di Socrate e di Ippocrate non era una professione regolata né sistematizzata: le conoscenze mediche venivano trasmesse all’ interno del gruppo familiare; si trattava quindi di un sacerdozio professionalizzato. Non c’erano disposizioni che obbligassero l’ apprendista ad essere responsabile dei propri atti, come invece avveniva in Mesopotamia, dove a Babilonia, il re Ammurabi, attorno al 1800 a.C., nel suo noto Codice ha registrato diritti e obblighi degli esperti in Medicina. La mancanza di disposizioni in Grecia, unita alla naturale sfiducia della società nei confronti dei medici, ha indotto la setta a pronunciare le proprie norme di condotta, le

quali sono rimaste in un documento poi noto sotto il nome di “Giuramento di Ippocrate”, paradigma di Etica professionale e di responsabilità morale ma anche di impunità legale. Con il giuramento, il medico assume motu proprio responsabilità che né la Società né lo Stato gli avevano imposto ed è per questo motivo che il giuramento è soltanto accettato quale compromesso religioso, senza alcuna responsabilità giuridica.

Con il Medioevo si è fatta strada la concezione moderna della scienza, della tecnica e dell’ uomo stesso. Il cosmo naturale, divino, vietato all’ uomo, cominciava ad essere rivelato attraverso la ragione. All’ ordine naturale, chiuso, esoterico, si opponeva la scienza, che è creazione umana; l’ Etica acquisiva anch’essa un’altra via, poiché non poteva sottrarsi alle evidenze prodotte dalla scienza. L’ Etica senza scienza sarebbe un qualcosa di inconsistente, un qualcosa di vuoto.

La scienza è stata ritenuta eticamente neutra fino all’ olocausto di Hiroshima e Nagasaki, vicende con cui è stato capito che le implicazioni conseguenti ai contributi scientifici potevano essere anche funeste per l’ umanità, per i diretti effetti sull’ uomo oppure per il danno alla natura. Cominciava quindi una nuova concezione morale per la condotta umana grazie allo sviluppo di un’ Etica ecologica, secondo la quale la sopravvivenza dell’ uomo poteva dipendere da un’ Etica basata sulla conoscenza biologica chiamata poi “Bioetica”: quella cioè che riscatta principi tradizionali dell’ Etica e incorpora nuovi precetti consonanti con la modernità. La nuova Etica in Medicina toglieva all’ esercizio professionale la dimensione tradizionale di un impegno tra due (medico-assistito) per allargare lo scenario e pluralizzare gli attori: da bipersonale diviene pluripersonale, poiché ora vi interviene la società. Da etica individuale diventa quindi etica sociale.

In genere le espressioni etica e deontologia vengono utilizzate come sinonimi. La prima si occupa della moralità degli atti umani e la seconda determina i doveri da osservare in certe circostanze sociali e, in particolare, nell’ esercizio di una professione. L’ Etica in Medicina fa parte dell’ Etica formale teorica e pratica la cui osservanza compromette la persona, è insita nell’ individuo che la esercita, è assoluta, fa parte dell’ essere.

Per il compromesso, è imperativa e inevitabile. Di fronte a qualunque crisi o a un profondo dubbio si ricorre all’ Etica come massimo punto di riferimento, perché posizionata su un piano superiore e dominante in quanto ha essenzialità e gerarchia. L’ azione dell’ équipe sanitaria poggia sul compromesso –diretto dal Dovere- della Condotta.

Questo Codice in generale rappresenta la raccolta di leggi o di regolamenti. Il termine, certamente polisemico, in una delle accezioni accoglie l'idea di un insieme sistematizzato di principi che servono da norme o da regole che reggono un certo ambito della vita sociale. È un corpo normativo che stabilisce a quali regole devono attenersi le condotte dei membri per essere accettati come parti di uno stesso gruppo sociale più o meno limitato, vale a dire: da una piccola associazione alla società propriamente detta. Fonda e istituisce una serie di diritti e di obblighi cui sono tenuti quelli cui interessa il mandato delle leggi o dei principi e delle regole e norme conseguenti. Benché il consolidamento del Codice presupponga un consenso all'origine tra i soggetti razionali concordanti sulla coerenza, sulla proprietà e sulla fattibilità dell'attuazione delle norme, così come sul consenso e l'accettazione, tacita o esplicita, delle nuove generazioni, una volta stabilito, il Codice precede i soggetti.

Nei fondamenti di ogni Codice vi è una specifica concezione antropologica ed etica, un certo ideale di essere umano e di valori accettabili e desiderabili per la vita sociale o comunitaria. Un ideale con pretese universali sostiene i principi che nutrono ogni sistema di norme regolanti le azioni e l'associazione e che definiscono il dover essere non nell'aspetto ideale ma nell'aspetto fattibile, perché si tratta di un insieme di regole osservabili ed eseguibili. Non è quindi difficile capire la funzione di tutte le norme di una società organizzata e complessa, servono appunto allo scopo di regolare e di stabilire i limiti e le legittime modalità di azione e di rapporto fra i membri. E qui occorre distinguere tra un Codice inteso come raccolta di norme giuridiche che disciplinano le norme pubbliche per regolare la condotta e assicurare l'inquadramento lavorativo per la cooperazione sociale, dai Codici regolanti forme più limitate di organizzazione sociale, gruppi o associazioni come la nostra. Nel sistema giuridico, i larghi effetti dei poteri regolatori ammettono in genere il diritto alle forme più estreme di coazione per le azioni costituzionali sulle quali si conformano i Codici, mentre le tipologie di coazione che le associazioni private possono attuare sono più strettamente limitate. L'ordine legale esercita un'autorità finale o definitiva su uno specifico territorio e la legge definisce la struttura di base dove ha luogo l'inquadramento di tutte le altre attività.

In entrambi i casi si tratta di un inquadramento -all'interno del quale vi sono rapporti fra le persone- che presuppone la conoscenza delle regole e la loro accettazione, così come l'accettazione degli effetti conseguenti al mancato rispetto oppure al mancato rispetto del sistema normativo; serve da parametro e contemporaneamente l'osservanza ed il rispetto al Codice comune garantiscono lo scambio razionale fra i soggetti, la reciproca comprensione e lo sviluppo dell'attività entro certi limiti stabiliti, per indirizzare e valorizzare il campo d'azione, i traguardi e gli

obiettivi, quanto vi è di desiderabile e di possibile, ciò che è giusto o meno per ogni ambito, il bene e il male, l' ideale ed il fattibile, ecc. In sintesi: i limiti della competenza e ciò che è fuori dal proprio ambito. Allo stesso tempo, la conoscenza dà sostegno all' esigenza della vigenza del Codice comune agli altri soggetti, qualora esso fosse minacciato dall' azione di uno o di più membri del gruppo sociale o dell' associazione, appunto perché la responsabilità della permanenza in vigore del sistema normativo sta in modo assoluto in tutti i soggetti che lo hanno scelto e lo obbediscono. L' osservanza trova sostegno nella convinzione della giustizia e nel valore morale delle norme che lo costituiscono, nella equanimità e nell' applicazione identica in casi analoghi. La libertà soggettiva si gioca entro i limiti del rispetto del sistema normativo scelto. L' ascrizione a uno specifico Codice definisce l' appartenenza allo specifico universo di valori reggente un dato gruppo sociale o associazione. La contraddizione fra i partner e le massime che ne regolano il comportamento sociale costringono alla scelta tra la subordinazione tacita e la promozione della revisione delle norme. Gli effetti di un intervento parzialmente o totalmente questionante il sistema normativo differiscono grandemente se si tratta di un'associazione relativamente piccola di persone o di una società politicamente organizzata.

Nell' ambito dell' Etica e specificamente dell' Etica professionale, il Codice stabilisce a cosa sono tenuti e a cosa si impegnano e da cosa sono esenti i membri dell' équipe sanitaria, vale a dire: quali sono le conseguenze reali della propria responsabilità e i limiti concreti della propria libertà. È quindi il parametro attraverso il quale le condotte dei soggetti vengono giudicate, approvate, rifiutate, esaltate o condannate dal gruppo o associazione di appartenenza, o della società nel suo insieme. Può darsi infatti che qualcuno si allontani dalla norma mediante il cambiamento o la deviazione del comportamento fissato. Nel primo caso la persona introduce nella propria condotta differenze più o meno forti, ma accettabili ancora e addirittura plausibili agli occhi della società; nel secondo caso invece si arriva ad aree francamente antisociali, non accettate dalla comunità perché ledono in qualche modo l' ordinamento. I così detti "atti medici" fanno riferimento agli atti del professionista della Medicina nello svolgimento della propria professione nei confronti del paziente (Etica individuale) e della società (Etica sociale). Gli atti del professionista in funzione della propria vita privata, non professionale, appartengono soltanto all' Etica generale, la stessa che consente di giudicare gli atti di ogni persona. Le attività dei membri dell' équipe sanitaria devono essere svolte con interventi liberi, autonomi, indipendenti, interdipendenti, sia nelle modalità già note a tutti sia in quelle future nell' area settoriale e intersettoriale direttamente o indirettamente legate alla Salute.

L' approccio alla Salute deve essere sistematico e comprendere tutto il ciclo vitale della persona, della famiglia, della comunità e dell' ambiente. Nell' affermare ancora una volta il concetto secondo il quale "La Salute è Responsabilità di tutti", siano membri dell' équipe sanitaria o meno, nessuno, come parte della comunità, può sentirsi escluso dai propri doveri, per cui il cittadino, il politico, l' imprenditore, il funzionario e la Società nei diversi ruoli -Stato, organizzazioni civili e altre-, agenti ad ogni livello della Salute, diventano Agenti nell' area della Salute, per cui la loro azione deve essere regolata da questo Codice. Vi è implicito ciò che chiamiamo "Effetto cascata delle responsabilità nell' area della salute": anche la persona in sé (paziente, cliente, consumatore) ha una certa responsabilità quando oltrepassa la linea di assistenza sanitaria nell' evitare i passi che gli garantiscono la salute.

Sebbene a questo nuovo concetto sulla responsabilità dell' assistenza della salute partecipino tutti, l' asse della responsabilità spetta ai membri dell' équipe sanitaria e specie al medico. Le tante specialità della Medicina, delle scienze affini e di altre professioni, tecniche, amministrative e altre necessarie alle azioni nell' area della Salute, rendono imprescindibile capire cosa è un' équipe. L' idea di équipe, gruppo o insieme, rimanda ad una pluralità di soggetti con un unico obiettivo: un'attività cioè condivisa in funzione di un oggetto comune. Può trattarsi di un insieme omogeneo oppure eterogeneo di persone con soltanto un aspetto in comune. La coesione interna non dipende tanto dall' unità di criteri -essendo la possibilità del dissenso un prerequisito al dialogo e allo scambio di saperi e di pareri- quanto dalla qualità dei vincoli stabiliti tra i soggetti che ne fanno parte. All' interno di ogni gruppo umano vi sono vincoli di tipo affettivo, siano essi positivi, come la fiducia, la simpatia, il rispetto, l' ammirazione, l' affetto e la solidarietà, sentimenti coadiuvanti al sostegno e al mantenimento del lavoro d'insieme, che negativi: ci possono sorgere infatti sentimenti di carattere negativo, come la sfiducia, l' invidia e altri e ciò minaccia l' integrità del gruppo o dell' équipe in questione. Un ruolo molto importante nella coesione del gruppo ce l' ha il coordinatore, nel caso in cui ci fosse, perché può trattarsi di un gruppo prevalentemente orizzontale benché in questo caso sia possibile supporre una tacita elezione. Il coordinatore diventa una figura agglutinante dalla maggiore autorevolezza in funzione della superiorità conoscitiva o morale suppostagli o attribuitagli. La convivenza e la continuità di qualunque gruppo umano poggia su una serie di regole tacite o espresse, nate dal consenso o già esistenti al momento della conformazione e accettate dai membri, che regolano la molteplicità di rapporti con altri gruppi, da una prospettiva sociale, più larga, fino alle più elementari forme di raggruppamento. Dalla distribuzione di ruoli e dall' assunzione dei doveri e degli obblighi di ogni membro, dalle responsabilità condivise e dall' impegno assunto

dipendono la continuità nel tempo ed il successo delle iniziative di ogni équipe. Tutti questi fattori sono presupposti e sono la base sulla quale si costruisce ogni lavoro di cooperazione; sono la condizione necessaria e in genere tacita alla conformazione di un équipe e al raggiungimento degli obiettivi, siano essi a breve, medio o lungo termine.

Nell' approccio dell' esame della dinamica interna di un gruppo, occorre tener conto di più aspetti, a seconda si tratti di un gruppo costituitosi congiunturalmente o di un gruppo di lavoro con continuità nel tempo, con una storia in comune, con una costruzione che presuppone un maggiore percorso e un maggiore scambio. Danno diverse sfumature all' esame, poiché rendono diverse variabili da tenere in conto al momento di valutare il lavoro e i risultati. Può succedere che un gruppo eterogeneo di soggetti venga convocato per trattare dalla singolarità propria di ogni specialità uno stesso oggetto, nel cui caso si ha una simultaneità di prospettive disciplinarie, differenti presupposti teorici come punto di partenza, diversità di discorsi, diverse forme di metodologie di approccio, di capire e di spiegare uno stesso oggetto, particolari metodiche, obiettivi scientifici caratteristici e il non meno rilevante inquadramento normativo di ogni ambito. Le regole o le norme che costituiscono il Codice segnano i presupposti, gli effetti e i limiti ad ogni attività della comunità (scientifica) di appartenenza in generale e, in particolare, dell' équipe di lavoro del che eventualmente ognuno di noi fa parte. Il lavoro interdisciplinare prevede specificazioni proprie di ognuno dei campi dai quali uno specifico tema viene trattato, presuppone inoltre una polifonia sinfonica e non una sovrapposizione caotica di discorsi. La pluralità non implica necessariamente l' impossibilità dell' accordo e della reciproca comprensione, ma ha come prerequisito l' accettazione ed il rispetto di ciò che è diverso poiché ogni altra prospettiva è un contributo alla costruzione di un nuovo e più largo campo della conoscenza.

Ci si può chiedere se sia possibile il dialogo pluridisciplinare, se la delimitazione stessa di ogni campo della conoscenza sulla realtà ed il discorso con il quale essa viene interpretata possa essere capito da chi appartiene ad altro approccio, vale a dire: ci si può chiedere se sia possibile parlare di un "oggetto comune" a tante discipline. Sicuramente alcuni ritengono impossibile un tale atteggiamento ma se ci si crede ad un sapere in prospettiva, se si accetta che la "realtà" è interpretazione senza perciò evadere la funzionalità e la validità della "verità" della conoscenza scientifica, allora è possibile fidarsi certamente di un dialogo tra prospettive e approcci diversi. Se ogni campo della conoscenza circa un oggetto in particolare può, in funzione della propria autonomia teorica e metodologica, produrre un corpus autonomo di conoscenze, una disciplina scientifica, ad esempio, ciò non invalida la possibilità di costruire aree di

confine dei discorsi nelle quali sia fattibile produrre un ricco scambio di prospettive. Ed in queste aree si instaura una nuova dimensione nell' approccio ad un dato fenomeno, una dimensione diversa dal punto di vista qualitativo appunto per la sua polifonia.

Il membro dell' équipe sanitaria è tenuto ad abituarsi alle situazioni di conflitto in cui giocano a volte i propri principi morali. Il pluralismo morale dà al soggetto-attore il diritto all' interpretazione autonoma. Soltanto un buon giudizio gli può segnalare quale di essi debba essere tenuto come un dovere. L' Etica concerne la bontà intrinseca delle azioni e chi osserva leggi coattive non è per questo motivo un virtuoso. La moralità è soltanto specificata dalle leggi etiche, poiché anche se le leggi giuridiche avessero una necessità morale, la loro motivazione sarebbe la coazione e non l' intenzione. La vita reale insegna che è impossibile per un unico professionista della salute manovrare tutti i fattori inerenti alla presa di decisioni: conoscenza specifica, norme etiche, deontologiche, principi di fiducia, autonomia del paziente, identità e appartenenza, vincolo di responsabilità fra le persone, incapacità mentale, scarse risorse, contratto come fonte di obblighi professionali, diritto ad una morte degna, leggi, eutanasia, medicina non necessaria, onorario, segreto professionale, industria delle cause giudiziarie, industria dell' educazione, principio di sopravvivenza e tanti altri. Ogni volta che il professionista agisce di fronte a un assistito, alcuni di questi problemi vengono posti oltre alla malattia in sé.

Uno dei grandi concetti discussi dalla nostra Istituzione, superando così secoli di storia, è il riconoscimento della parola anche come agente aggressore: si può ferire il corpo con un'arma da fuoco, traumatizzarlo con un'automobile e si può addirittura ferire lo spirito e la psiche con la parola. Le leggi sono parole, perciò, quando si discute una legge, è necessario avere un atteggiamento attivo per le future ripercussioni: il legislatore è anche responsabile in questo "Effetto cascata delle responsabilità" nell' area della salute e ciò rende necessario il chiarimento ai legislatori e ai loro assessori, ai funzionari con potere di decisione, circa la gravità di una medicina senza responsabilità, come lo è la medicina difensiva. Occorre riconoscere altresì che vi sono fronti marginali della Salute, le cosiddette zone grigie, dove proliferano atteggiamenti non scientifici da parte di membri dell' équipe sanitaria e di altri soggetti; occorre lavorare per arrivare al chiarimento, evitare quindi la confusione nei comuni cittadini e restituire il rispetto alla nostra professione (Educazione per la Comunità).

Un altro problema grave sul quale dobbiamo riflettere è la graduale e permanente sostituzione, negli ultimi anni, della visita medica, con la conseguente eliminazione di un gesto medico di alta responsabilità, qual è la "ricetta" medica. L' induzione del consumismo (impresa-giornalismo-pubblicità) viene fatta attraverso il giornalismo aperto (orale, scritto, visivo). Dobbiamo attirare l' attenzione sullo

pseudogiornalismo scientifico: un discorso è trasmettere l' informazione su un progresso scientifico e un altro è diventare consapevolmente o inconsapevolmente agenti di vendita di un'impresa. I mass media sono ormai insediati nella nostra vita quotidiana.

Ma la situazione è più complessa perché l' evoluzione dell' uomo continua ed emergono nuove circostanze ancora senza soluzione. La Medicina del futuro pone un altro modello di società e tra i temi da discutere in profondità per legiferare nel XX sec. abbiamo: il segreto e l' informatizzazione, la consulenza a distanza, la tele diagnosi, la telechirurgia, la vendita di medicinali via internet, la clonazione per trapianti di organi, il modello di coppia scelto col computer, la manipolazione genetica degli alimenti e tanti altri. L' équipe sanitaria deve valutare i limiti entro i quali lavora, per la propria trasparenza, in più tenendo presente che non è stato possibile attuare la Dichiarazione di Alma-Ata (1978) di "Salute per tutti nell' anno 2000".

Quando si esamina la vitalità delle diverse iniziative scientifiche messe a punto nelle umili sale dell' Associazione Medica Argentina - le quali sono la base della sua esistenza e della vigenza attraverso il tempo- si capisce il vero valore del ruolo dell' Istituzione per tutto l' ambito della Salute nel Paese. Essa è sempre stata l' ambito in cui le idee si espongono alla discussione aperta fra i colleghi. Da questi incontri è sorta la luce che ha favorito lo sviluppo di innumerevoli iniziative con obiettivi ben definiti. La realizzazione delle iniziative ha avuto diversi cammini: alcune si sono imposte per la perseveranza di molti uomini (ad esempio, i tirocini teorico-pratici per i neolaureati, 1962); altre non sono state iniziate o sono rimaste a metà strada perché non c'è stata continuità nell' azione o perché hanno perso vigore con il tempo. Ma ciò che è importante dell' Associazione Medica Argentina è il suo ruolo convocante per la creatività, un'istanza dove tutti i soci fanno parte della propria storia e dove trovano l' habitat per lo sviluppo intellettuale e scientifico mentre rafforzano vincoli di amicizia e di rispetto attraverso la vita professionale. In più, finite le attività di lavoro concrete, è il luogo dove molti dei nostri soci cercano, particolarmente quelli con maggior tempo disponibile, il vero ambito dove mantenere lo spirito creativo condividendolo con i più giovani, con l' unico scopo di essere utili alla comunità. Tanta ricchezza intellettuale e morale va preservata. L' Associazione Medica Argentina continuerà a offrire i propri valori intellettuali e morali in questo nuovo approccio sulla Responsabilità nell' area della Salute, il che comporta la conduzione democratica attiva di tutti gli attori. A modo di esempio si cita l' atteggiamento del Consiglio Direttivo nell' ultimo decennio, quando ha deciso all' unanimità di partecipare con altre organizzazioni alla discussione di temi generali legati all' esercizio professionale, come quello dell' "inversione dell' onere della

prova” cui portava l’ unificazione del Codice Civile e Commerciale (1991), la difesa della libertà dell’ atto medico poggiata sulla responsabilità professionale nella prescrizione di farmaci per le implicanze tecnica, legale ed etica, sorta dal dibattito sulla qualità dei farmaci generici (1992), la definizione nella questione dei brevetti sia sul diritto di proprietà intellettuale sia sulla difesa del lavoro argentino (1994), la difesa della visita medica di fronte al mondo mediatico (1998). L’ Associazione è anche riuscita ad avviare il Programma di ricertificazione assistenziale delle specialità mediche (CRAMA 1994) ed il Progetto Biblioteca Medica digitale (1996), con il coinvolgimento di una grande quantità di risorse umane esperte di ogni specialità, le quali hanno lavorato in modo disinteressato per arrivare al buon esito delle iniziative. Con questi sforzi ha contribuito a mobilitare le risorse umane, a imporre la necessità della Formazione permanente e a montare lo scheletro solido di un edificio poi arricchitosi sempre di più con la comprensione e con l’ apertura di altre organizzazioni. Tutte iniziative mirate più alla popolazione in generale che a interessi temporanei individuali. Certamente il punto di equilibrio raggiunto non sarebbe stato possibile senza periodi di deviazioni propri di ogni movimento umano. I soci si sono definiti per il cambiamento, anche con i dispiaceri caratteristici di questi movimenti, perché sanno cosa è un cambiamento con obiettivi che tendono al progresso dell’ Uomo. Senza cambiamenti non c’è storia. Conoscenza e progresso sono inseparabili. L’ Associazione Medica Argentina è riuscita a rendere concreto il circolo della vita per quelli che verranno dopo... per più generazioni... È da enfatizzare che tutto si fa per amore del sapere, per amore della scienza. Semplicemente... per amore della professione.

Dr. Elías Hurtado Hoyo
Dr. Horacio A. Dolcini
Dr. Jorge F. Yansenson

ASSOCIAZIONE MEDICA ARGENTINA
CODICE DI ETICA PER L' ÉQUIPE SANITARIA
2001
XXI SEC. ANNO 1

INDICE

LIBRO I

L' ETICA IN GENERALE

Capitolo 1	Dei principi generali dell' Etica
Capitolo 2	Dei diritti umani
Capitolo 3	Della formazione etica in Medicina

LIBRO II

DELL' ESERCIZIO PROFESSIONALE

Capitolo 4	Dei diritti e dei doveri dell' équipe sanitaria
Capitolo 5	Dei diritti e dei doveri degli assistiti
Capitolo 6	Dei rapporti équipe sanitaria-assistito (congiunti)
Capitolo 7	Del segreto professionale
Capitolo 8	Della qualità dell' assistenza sanitaria
Capitolo 9	Della Medicina in équipe
Capitolo 10	Della Second opinion
Capitolo 11	Della Cartella clinica
Capitolo 12	Del rapporto fra i membri dell' équipe sanitaria
Capitolo 13	Dei rapporti fra i membri dell' équipe sanitaria e l' Istituzione sanitaria
Capitolo 14	Delle nuove tecnologie informative e delle Scienze della Salute
Capitolo 15	Delle associazioni professionali scientifiche
Capitolo 16	Dei sindacati
Capitolo 17	Dell' onorario dell' équipe sanitaria
Capitolo 18	Della pubblicità sui professionisti dell' équipe sanitaria
Capitolo 19	Della funzione pubblica e dell' équipe sanitaria
Capitolo 20	Dei membri dell' équipe sanitaria quali Periti e Testimoni esperti
Capitolo 21	Dell' industria e del commercio nell' area della Salute
Capitolo 22	Dell' équipe sanitaria e del giornalismo non specializzato

LIBRO III

DELLA RICERCA MEDICA E DELLA SPERIMENTAZIONE UMANA

Capitolo 23	Della ricerca medica e della sperimentazione che coinvolge soggetti umani
-------------	---

LIBRO IV

SITUAZIONI PARTICOLARI

Capitolo 24	Della ricerca scientifica e delle terapie genetiche
Capitolo 25	Della fecondazione medicalmente assistita
Capitolo 26	Della crioconservazione e della sperimentazione con embrioni
Capitolo 27	Della contraccezione
Capitolo 28	Dell'aborto
Capitolo 29	Dell' ablazione di organi e di tessuti per trapianti
Capitolo 30	Delle cure del tossicodipendente
Capitolo 31	Delle cure del paziente psichiatrico
Capitolo 32	Delle cure del paziente portatore di AIDS
Capitolo 33	Delle cure del paziente incurabile
Capitolo 34	Dell' eutanasia e del suicidio assistito

LIBRO V **DEGLI ALTRI PROFESSIONISTI FACENTI PARTE DELL' ÉQUIPE
SANITARIA**

Capitolo 35

Considerazioni generali

Capitolo 36

Considerazioni particolari

A) Dei farmacisti e degli esperti in biochimica

B) Degli infermieri

C) Dello strumentista chirurgico

D) Dei fisioterapisti

E) Degli odontoiatri

F) Degli psicologi

G) Dell' ingegneria e dell' architettura ospedaliera

H) Degli amministratori, dei revisori e di altri professionisti dell' area

I) Dei dietisti

L) Delle ostetriche

M) Dei professionisti del servizio sociale

LIBRO VI **DELLA SOLUZIONE DEI CONFLITTI ETICI**

Capitolo 37

Degli agenti del conflitto etico,

Dei requisiti della denuncia e della loro procedura

Capitolo 38

Degli organi e delle istanze di mediazione

Della delibera delle sanzioni

Riferimenti

LIBRO I

DELL' ETICA GENERALE

Capitolo I

DEI PRINCIPI GENERALI DELL' ETICA

Art. 1. Poiché l' Etica dell' équipe sanitaria è un particolare aspetto dell' Etica Generale occorre innanzitutto fare alcune precisazioni su quest'ultima. In primo luogo è necessario cercar di rispondere al quesito su cosa è l' Etica e quindi emerge immediatamente la necessità di arrivare ad una definizione che consenta di avere un punto di partenza concettuale. Vi sono diverse definizioni dell' Etica, per cui bisogna esaminare i trattati specifici.

Art. 2. Benché non sia appropriato -perché crea una certa confusione fra i principi e la prassi- il termine "Morale" è solitamente utilizzato quale sinonimo o come concetto sostituibile all' Etica.

Art. 3. La Morale è un insieme di regole universali della condotta aventi lo scopo di mantenere i fondamenti della convivenza fra gli esseri umani, come se fossero dei comandamenti religiosi. A differenza degli "atti dell' uomo", gli "atti umani" sono la conseguenza della riflessione e dell' autonomia della volontà; i primi possono non esserlo, come è il caso delle azioni mosse da forze estranee alla volontà.

Art. 4. L' Etica è invece l' insieme delle regole della condotta, le quali, fondate su principi morali, mirano ad una particolare tipologia di azioni all' interno di uno specifico gruppo sociale o culturale, in un dato momento storico. A patto che le condotte siano libere, volontarie e consapevoli, l' Etica stabilisce il valore della bontà delle condotte stesse, di ciò che è corretto e scorretto, e cerca delle cause universali capaci di adattare gli atti umani al bene universale.

Art. 5. Corrisponde inoltre fare una revisione di carattere filosofico e storico circa la Morale e l' Etica che tenga conto dei cambiamenti nel pensiero e nella condotta attraverso i tempi, dalla Grecia antica fino ai giorni nostri. Benché sia necessaria l' enumerazione dei principi di base della morale per permettere la loro conoscenza e per poter arrivare ad un discorso etico dal senso pratico, tale revisione è fuori dal nostro breve esame.

Art. 6. La Morale è ritenuta implicita nella natura umana, probabilmente a livello di meccanismi biogenetici appropriati per costituire un sistema di difesa compensante la vulnerabilità umana nell' individualizzazione di fronte alle esigenze -sempre più forti nel processo dell' evoluzione culturale- dell' interazione e dell' adattamento sociale.

Art. 7. Ogni Morale si conforma su un nucleo centrale costituito da idee di Uguaglianza, Solidarietà, Giustizia e Ricerca del Bene Comune, le cui origini possono essere rintracciate nell' Etica già presente in primati e in ominidi, idee giunte a noi attraverso le fasi delle Leggi naturali e del Diritto naturale, dell' Imperativo categorico, del Consensualismo, dell' Altruismo, delle Teorie sulla Giustizia e dell' Etica del discorso dei tempi moderni che, insieme all' Etica della Responsabilità -identificata con le caratteristiche di ciò che è maschile- e all' Etica della Solidarietà -più affine al carattere femminile- permette di pensare, contrariamente a chi vuole credere che ormai non sia possibile alcun progresso nel campo dell' Etica, che le vicende dell' ultimo secolo hanno compromesso la sopravvivenza degli esseri umani, non solo quali individui ma anche come specie.

Art. 8. Sono caratteristiche della società attuale la crescente preoccupazione per la BIOETICA e le urgenze circa la preservazione dell' Ambiente, che segnalano l' ineluttabile necessità dell' impegno etico per la persistenza della vita, nelle migliori condizioni possibili e per tutti, senza distinzione di razza, di sesso, di età, di cultura o di fede.

Art. 9. L' Etica generale è legata allo sviluppo della democrazia e dei diritti dell' uomo, mentre l' Etica sanitaria, per ben venticinque secoli, si è mantenuta allo stato iniziale. La Medicina tradizionale è stata fundamentalmente paternalista e assolutista, poiché la sua ragione, il malato, è stato sempre trattato da "non responsabile" e solo a partire dalla seconda metà del XX sec. ha acquisito la cittadinanza morale nel riconoscimento fattogli quale agente morale autonomo, libero e responsabile.

Art. 10. Nel coinvolgere l' Umanità, la Bioetica ha rotto la cerchia dell' Etica medica tradizionale per comprendere anche discipline diverse da quelle pertinenti alla biologia, come ad esempio: la filosofia, il diritto e la religione, e si mostra quale Etica interdisciplinare, ponte di unione tra la scienza e le diverse manifestazioni della vita umana.

Art. 11. I principi fondamentali dell' Etica medica sono strettamente legati a queste idee e procedure originarie dell' Etica generale -regolante tutta la cittadinanza- e possono essere riassunti come segue:

Principio di autonomia: obbligo di rispettare la libertà di ogni persona per decidere per sé e su di sé.

Principio di non maleficenza: obbligo di non fare del male.

Principio di beneficenza: obbligo di fare con gli altri ciò che ognuno ritiene un bene per sé.

Principio di Giustizia: obbligo di non discriminare o di trattamento di uguaglianza.

Art. 12. È accettato che le norme morali di base che consentono la realizzazione dei principi etici fondamentali sono tre: la confidenzialità, la veridicità e la fedeltà.

Art. 13. In generale si osserva che il paziente agisce secondo il principio morale dell' autonomia, che l' Équipe sanitaria agisce secondo il principio di beneficenza-non maleficenza e che la società agisce secondo il principio della Giustizia.

Art. 14. L' Etica è un processo di condotta dalle caratteristiche individuali che porta al senso di responsabilità umana. Non ha alcuna base metafisica poiché non vi sono formule etiche conseguenti a deduzioni astratte né può essere costituita una morale che le dia fondamento poiché non ha elementi semplici né ripetibili. Quindi non vi è una sistematizzazione dell' Etica né è possibile costituirne empiricamente una pedagogia. Ed è per questo motivo che non può essere insegnata nel senso ortodosso del termine benché possa essere imparata.

Art. 15. La ragione ed il fondamento di ogni Etica è l' essere umano. L' oggetto della società è il bene comune.

Negli articoli che seguono vengono trattati i diversi aspetti necessari e relativi al tema proprio di ogni area esaminata.

Capitolo II

DEI DIRITTI UMANI

Tutte le nazioni fanno parte dell' Organizzazione Mondiale della Sanità e hanno formalmente accettato la "Dichiarazione dei Principi" contenuti nella sua Costituzione. Sin dal momento della pronuncia, la Dichiarazione Universale dei Diritti dell' Uomo è divenuta "ideale comune di tutti i popoli e di tutte le nazioni".

Lo scopo è quello di offrire degli elementi utili allo smascheramento di ogni tipo di atteggiamento di supremazia di un gruppo umano su altri, atteggiamento così tipicamente umano e così radicato nel pensiero e nell' azione specie occidentale. L' atteggiamento deve essere antidogmatico, poiché il dogmatico dimentica, disconosce, rifiuta la diversità e ritiene che vi sia "una" essenza umana della cui verità è possessore, mentre l' identità individuale e l' identità dei popoli poggia sulla differenza degli uni rispetto agli altri.

Nell' ambito delle manifestazioni umane, con le generalizzazioni si cade in ingiustizie poiché contrariamente alle scienze esatte, le particolarità e le differenze sono l' essenza dell' essere umano. È possibile accettare che tutti abbiano un'idea intuitiva sui diritti umani a partire dall' esperienza quotidiana e non da una definizione formale. La visione moderna della storia è determinata da tre caratteristiche distintive: la storia è "una", le vicende vanno verso un "progresso" e la storia dell' umanità è concepita come "emancipazione".

Occorre evitare uno pseudouniversalismo uniformista e costituire un universalismo fondato sulla differenza. Soltanto la paura giustifica la violenta esclusione di persone per la loro differenza. La liberazione delle differenze crea un maggiore spazio di libertà creativa e innovatrice per l' essere umano. E il maggior grado di riflessività, oggi moralmente imposto, nasce dall' autoconsapevolezza dell' arroganza intellettuale dell' Illuminismo moderno e dei fondamenti religiosi che ci hanno caratterizzato. Il riconoscimento delle differenze rappresenta l' accettazione del pluralismo democratico.

Nello Stato democratico, nei quali i governanti emergono dall' elezione dei cittadini, i primi diventano diretti responsabili delle disparità nell' accesso ai beni sanitari, beni da considerarsi propri dei Diritti Umani.

Il governo, sia esso centrale, regionale, provinciale e comunale, è tenuto a non far mancare a nessun cittadino nessuno degli elementi compresi dalla definizione di Salute quale il "completo benessere fisico-psichico-socio-culturale". La mancanza di solo uno di questi aspetti implica la rottura dell' armonia dell' essere umano,

integralmente concepito dal punto di vista antropologico. La Sicurezza sociale è un pubblico servizio di carattere obbligatorio da essere prestato sotto la direzione, il coordinamento ed il controllo dello Stato, secondo i principi di efficienza, di universalità e di solidarietà, nei termini previsti dalla Legge.

Il Governo è obbligato ad evitare le carenze sanitarie individuali ed è contemporaneamente il diretto responsabile delle misure relative alla Salute pubblica, quali ad esempio: campagne di vaccinazione, controllo di malattie infettive, prevenzione della tossicodipendenza, prevenzione di incidenti stradali, attivazione di misure per la fornitura -sia attraverso aziende dello Stato che private- di servizi sanitari di acqua potabile e di smaltimento delle fognature, della raccolta dei rifiuti, del controllo di piaghe, della denutrizione e della malnutrizione dei bambini che poi danno origine a disturbi definitivi nel loro sviluppo, della sicurezza, dell' abitazione degna per evitare l' affollamento, della possibilità di formazione scolastica e di lavoro.

È obbligo del governo, sia esso nazionale, regionale, provinciale o comunale, che nessun cittadino sia impedito nell' accesso alle terapie adeguate alle proprie malattie, così come alle misure di riabilitazione appropriate.

La Morale segnala la necessità di difendere completamente la famiglia, visto che si sono profondamente modificati i ruoli tradizionali, le forme di rapporto tra uomo e donna, così come i rapporti fra genitori e figli, e sono nati nuovi vincoli di parentela, come le famiglie allargate. Ciò ha dato luogo nei bambini a nuove forme di personalità più complesse.

In questo Codice verranno segnalate -anche se in modo riassuntivo- le condotte legate ai Diritti umani e che l' équipe sanitaria è tenuta a tener presente nel quotidiano.

Art. 16. Gli esseri umani hanno la tendenza a vivere in società per poter sviluppare al massimo le proprie capacità fisiche, intellettuali e spirituali; fanno parte della cultura storica universale. E l' innegabile egoismo comporta una tendenza a “maneggiare” gli altri allo scopo di raggiungere un benessere personale, dando così luogo a dei conflitti all' interno della comunità.

Art. 17. Tutti i cittadini devono capire che lo sviluppo produttivo, la pace ed il prestigio di ogni Nazione diventeranno realtà solo quando i propri membri saranno convinti e terranno fermo il valore supremo di ogni persona, cioè il benessere psichico-fisico-sociale-culturale e spirituale.

Art. 18. Alcuni dei Diritti umani sono: la vita, la libertà e l' uguaglianza, la personalità giuridica, l' intimità, il libero sviluppo della personalità, libertà di coscienza, libertà di

fede, probità, pace, diritto di richiesta alle autorità, lavoro, libertà di esercitare la propria professione o il proprio mestiere, libertà di insegnamento e di ricevere un'istruzione, processo imparziale e pubblico, habeas corpus, seconda istanza, asilo, libertà di riunione e di associazione pacifica, di associarsi liberamente, sindacalizzazione, partecipazione al governo del proprio paese.

Art. 19. La difesa dei Diritti umani è prioritaria per l' équipe sanitaria sia perché l' équipe stessa è composta da esseri umani sia per l' essenza stessa della professione scelta.

Art. 20. I membri dell' équipe sanitaria devono essere impegnati ai diritti e alle garanzie contenute nella Costituzione e nelle Convenzioni internazionali in vigore, i quali diritti e garanzie non escludono altri che, inerenti all' essere umano, non vi sono espressamente indicati.

Art. 21. Il rispetto dei diritti individuali arriva fino a dove gli atti delle persone cominciano a ledere il bene comune, poiché è questo il fine stesso dell' Etica sociale, il quale ci dice della convivenza fra gli esseri umani.

Art. 22. Fermo restando circostanze di pericolo di vita o limitanti i diritti del paziente di decidere liberamente, è grave mancanza etica il fatto che il membro dell' équipe sanitaria indichi terapie senza chiarimenti pertinenti e senza il consenso previo dell' assistito o del legale rappresentante o promuova attraverso inganno la decisione delle persone di accettare proposte volte al beneficio del medico stesso.

Art. 23. Il membro dell' équipe sanitaria è obbligato a non partecipare a procedure degradanti, inumane o crudeli conducenti alla morte, né a torture -sia quale responsabile diretto sia quale testimone- oppure capaci di alterare la personalità o la coscienza delle persone, con la finalità di ridurre la resistenza fisica o mentale, per raggiungere obiettivi contrari alla dignità umana.

Art. 24. Il membro dell' équipe sanitaria non può ideare, strumentare, collaborare od offrire conoscenze per l' esecuzione della pena di morte. Deve contemporaneamente fare particolare attenzione a non essere legato a nessuna attività relativa alla soppressione di persone o di gruppi per ragioni etniche o di fede.

Art. 25. Il membro dell' équipe sanitaria non deve discriminare l' essere umano per motivi religiosi o etnici, per la scelta sessuale, per le idee politiche, per l' aspetto fisico, per un dato handicap, per il livello di istruzione o economico, per malattie a trasmissione sessuale o conseguenti a tossicodipendenza né per la condizione di esiliato o di immigrante.

Art. 26. Essendo l' accanimento terapeutico uno dei vizi della Medicina dei giorni nostri, il membro dell' équipe sanitaria è obbligato a rispettare l' inalienabile diritto umano della buona morte, il normale svolgersi della vita ed evitare la sofferenza inutile.

Capitolo III

DELLA FORMAZIONE ETICA IN MEDICINA

La famiglia e la società sono i fondamentali e naturali formatori di giovani e bambini: nel trasmettere valori, abitudini e credenze fondamentali, diventano essenzialmente formatori etici.

L' insegnamento diviene veramente "formatore" quando oltre agli aspetti cognitivi, sviluppa, promuove e arricchisce la consapevolezza etica e la responsabilità di essere cittadini. La famiglia e la società non possono realizzarsi completamente se non vengono integrate, comprese ed arricchite dalla Formazione.

I genitori, l' ambiente familiare, i dirigenti sociali e i formatori, anche contro i propri diritti, condividono caratteri da "modello" e in qualità di tali sono obbligati ad assumerne le responsabilità.

Gli istituti di formazione sono i luoghi dove la cultura viene definita: sono i pilastri essenziali di ogni democrazia. La formazione fa parte della base della libertà: essa si realizza col passare del tempo quale un progetto nella vita dell' uomo.

L' obiettivo della Formazione nell' area della Salute è quello di garantire l' eccellenza e la qualità accademica.

Art. 27. I membri dell' équipe sanitaria con funzione anche di formatori sia a livello elementare, medio, superiore, universitario che di postlaurea sono obbligati a svolgere l' attività pedagogica anche quali Agenti nell' area della Salute privilegiando il generale sul particolare e insegnando ai cittadini circa la propria responsabilità personale e solidale.

Art. 28. Il carattere morale basico degli studenti è già formato al momento in cui cominciano a studiare alla Facoltà di Medicina, per cui lo studio delle scienze della sanità non può essere scollegato dal contesto strutturale della cultura, dei costumi e delle credenze né dall' organizzazione sociale e politica di ogni Stato. Non basta che il membro dell' équipe sanitaria le conosca: deve addirittura contribuire a modificarle qualora esse si costituissero in fattori di lesione degli interessi del soggetto e della comunità.

Art. 29. Gli istituti di formazione (pubblici e privati) sono obbligati a provvedere ai formatori le risorse strumentali e intellettuali necessarie al conseguimento, da parte

degli studenti, della capacità di interagire con i propri simili, al fine di offrir loro il carattere morale nell' esercizio delle migliori manifestazioni etiche della condotta.

Art. 30. Non vi è un sistema specifico con il quale possa essere imparata l' Etica. Il metodo più ragionevole sembra sia iniziare l' introduzione ai concetti filosofici ed etici già negli anni pre-clinici e supervisionare negli anni clinici la loro applicazione quali contenuti e capacità di interazione umana.

Art. 31. Il curriculum di base per gli studi all' Università deve prevedere l' esame dei problemi che il medico troverà con maggior frequenza nell' abituale esercizio della professione.

Art. 32. L' équipe di formatori nelle Scienze della Salute deve essere formato da professionisti di più scienze con una larga esperienza nella Medicina pratica e in questioni etiche. Quindi è utile la partecipazione, fra l' altro, di avvocati, psicologi, filosofi e rappresentanti delle diverse religioni, i quali devono conformare un gruppo di consultazione al quale sia possibile accedere in forma permanente.

Art. 33. Sicuramente i temi trattati avranno diretto rapporto con quelli previsti dal presente Codice e con altri che emergeranno in futuro, conseguenti a due circostanze:

- a) in certi periodi storici la legge può non coincidere con ciò che la professione ritiene eticamente corretto;
- b) i costanti cambiamenti conseguenti al progresso della conoscenza scientifica e allo sviluppo tecnologico avranno bisogno di nuovi concetti etici.

Art. 34. Qualora la Facoltà di Medicina avesse fra i suoi obiettivi la formazione di un membro dell' équipe sanitaria etico, razionale, efficiente, critico, solidale, diventerà necessario, con tutti i mezzi possibili (Responsabilità etica istituzionale), chiudere la distanza normalmente riscontrabile fra "il dover essere" e "ciò che veramente è"; perché sebbene sia vero che l' Etica medica poggia sui principi morali della società, la natura delle decisioni e delle interazioni medico-assistito configurano situazioni etiche speciali non riscontrabili nell' esercizio di altre professioni.

Art. 35. La Facoltà di Medicina è obbligata a valutare periodicamente: il risultato delle conoscenze etiche dei propri studenti e a fissarne gli obiettivi, le metodologie utilizzate nonché la valutazione stessa di queste attività in generale ed in particolare, per far fronte ai problemi etici più frequenti della prassi medica.

Art. 36. La formazione nell' area della Salute nei diversi livelli, indipendentemente dal fatto che siano di tipo assistenziale o di ricerca di base, deve essere complementata con i particolari fattori dell' ambiente sociale, per cui i Piani di studio, siano essi curricolari o meno, dovranno anche offrire speciali conoscenze nel campo della bioetica, della biostatistica, della Medicina poggiata sull' evidenza, della responsabilità legale, dell' economia e della gestione delle risorse nell' area della Salute, degli aspetti sociali inerenti e di altri altrettanto importanti.

Art. 37. Gli enti di formazione delle risorse umane medico-sanitarie - statali e privati- sono obbligati a garantire la formazione pratica di eccellenza dei propri studenti, tanto nella formazione di laurea quanto nella formazione postlaurea, sempre nel rispetto dell' assistito.

Art. 38. Per raggiungere un adeguato livello di formazione che consenta di offrire la migliore qualità di assistenza medica in tutte le azioni, i membri dell' équipe sanitaria sono obbligati a seguire un continuo aggiornamento che consenta loro di conoscere i cambiamenti scientifici/tecnologici in tutte le aree della propria competenza.

Art. 39. Un membro dell' équipe sanitaria specialista è colui che si è particolarmente dedicato a una branca delle scienze della Salute, avendo concluso studi riconosciuti presso Facoltà, ospedali o altre istituzioni in condizioni di certificare la formazione con tutte le garanzie, anche estere, garantendo ai cittadini la qualità dell' Assistenza della Salute.

Art. 40. Il titolo di Specialista in un dato settore della Medicina significa per il titolare il severo impegno con se stesso e con i colleghi, di concentrare la propria attività nella specialità scelta.

Art. 41. Benché non sia una mancanza etica, è comunque conveniente che i membri dell' équipe sanitaria, dopo almeno cinque anni nell' esercizio professionale come specialisti certificati, si sottomettano volontariamente e periodicamente alla valutazione delle conoscenze da parte dei colleghi (Ricertificazione del sanitario), dimostrando responsabilità tecnica e legale nella professione per garantire la Qualità dell' Assistenza della Salute nei confronti dei cittadini.

Art. 42. Non è etico affrontare la Formazione medico-sanitaria quale attività economica, senza che ciò tolga legittimità alla degna remunerazione dell' attività

pedagogica. L' offerta delle proprie conoscenze ai simili e alla comunità fa parte dell' essenza vocazionale di ogni membro dell' équipe sanitaria.

Art. 43. Le istituzioni di formazione medico-sanitaria non dovrebbero essere utilizzate per le lotte politiche di partito né sindacali.

Art. 44. È funzione dell' area della Salute dello Stato collaborare alla definizione del numero minimo di professionisti della Salute di cui ha bisogno il territorio, distribuiti per regioni e specialità. Le aree di Formazione e di Salute dello Stato devono controllare i livelli di eccellenza nella formazione delle risorse umane.

Art. 45. Di fronte ai trattati internazionali in vigore occorre difendere il livellamento curricolare delle diverse Università, sia della formazione di laurea sia della formazione postlaurea, capaci di garantire una buona assistenza della Salute dei cittadini.

LIBRO II

DELL' ESERCIZIO PROFESSIONALE

Capitolo IV

DEI DIRITTI E DEI DOVERI DELL' ÉQUIPE SANITARIA

Art. 46. La Medicina è una scienza e una professione al servizio della salute dell' essere umano e della comunità e va esercitata senza alcuna discriminazione.

Art. 47. Il membro dell' équipe sanitaria è obbligato a essere consapevole del proprio sistema di valori nonché del modo in cui i propri giudizi personali influiscono sulle decisioni che hanno a che vedere con il bene e il male relativamente ai principi della Bioetica. Il processo per il quale ci si arriva alle decisioni etiche e alla loro implementazione deve essere sistematico e coerente con la logica.

Art. 48. L' équipe sanitaria deve disporre di libertà nell' esercizio professionale e delle condizioni tecniche che le consentano di agire con indipendenza e con qualità garantita. Nessuna circostanza non basata su un rigoroso criterio scientifico può limitare l' esercizio della libertà professionale.

Art. 49. I membri dell' équipe sanitaria devono limitare le proprie funzioni e capacità ai titoli o ai certificati abilitanti conseguiti. L' Assistenza della Salute deve essere qualificata da un curriculum basato su principi scientifici.

Art. 50. L' équipe sanitaria non può affidare a personale non abilitato facoltà, funzioni o attribuzioni esclusivamente riservate alla propria professione o attività.

Art. 51. La Medicina non può, in nessuna circostanza né in nessun modo, essere esercitata quale attività commerciale ed il lavoro medico non deve essere sfruttato da terzi con finalità di lucro o politici.

Art. 52. L' équipe sanitaria è obbligata ad adattare la propria condotta alle regole di circospezione, probità e onore nell' esercizio della professione e negli altri atti della vita. Il rispetto dei costumi e le abitudini di temperanza sono altresì indispensabili al vero esercizio professionale.

Art. 53. L' équipe sanitaria è obbligata a generare la maggiore efficacia nello svolgimento della professione, assicurando il migliore livello nella Qualità dell' assistenza, per cui deve mantenere un adeguato aggiornamento delle conoscenze assecondando i progressi della scienza.

Art. 54. Qualora il membro dell' équipe sanitaria avesse un altro mezzo di vita che non gli consentisse di disporre del tempo necessario per lo studio e il miglioramento professionale dovuto agli assistiti, è tenuto a scegliere una di entrambe le attività.

Art. 55. Qualora un esame o una terapia eccedesse la capacità del professionista, questi è obbligato a dare intervento al collega con le necessarie capacità di fronte all' emergenza e all' urgenza, anche se in assenza di altro professionista più idoneo è comunque obbligato ad assumere ugualmente la responsabilità dell' assistenza.

Art. 56. È vietato accettare in qualsiasi atto medico persone estranee alla Medicina, fermo restando l' espressa richiesta dell' assistito, dei congiunti o del legale rappresentante e soltanto in qualità di testimone.

Art. 57. Il professionista sanitario è obbligato ad accettare le credenze religiose dell' assistito non opponendosi alle sue pratiche, tranne il caso in cui il precetto religioso comporti un attentato contro la salute che è obbligato a proteggere, nel cui caso informerà l' assistito e rifiuterà di continuare con l' assistenza se questi persistesse nella propria posizione.

Art. 58. L' équipe sanitaria ha il dovere di combattere la ciarlataneria e i guaritori, qualunque forma essi avessero, ricorrendo all' uopo a tutti i mezzi legali disponibili, ed essendo opportuno l' intervento delle associazioni scientifiche, dei sindacati nonché della giustizia.

Art. 59. I membri dell' équipe sanitaria devono soltanto utilizzare o segnalare prodotti di ogni specie ma dalla qualità garantita e accertata.

Art. 60. Essendo la prescrizione di farmaci parte della visita, i membri dell' équipe sanitaria devono difendere la libertà di prescrizione dato che quale "atto medico" ne assumono la responsabilità etica e legale dei risultati.

Art. 61. L' équipe sanitaria è obbligata a collaborare con la pubblica amministrazione nell' adempimento delle disposizioni legali vincolate alla propria professione, sia in forma personale che attraverso le organizzazioni scientifiche o sindacali.

Art. 62. Vi è responsabilità professionale con effetti legali da parte di un membro dell' équipe sanitaria nei seguenti casi:

- a) qualora commettesse un crimine contro il diritto ordinario;
- b) qualora per negligenza, imperizia, imprudenza o abbandono inescusabile, arrecasse un danno.

Art. 63. L' obbligo dell' équipe sanitaria di rispondere ad una richiesta nell' esercizio della professione si limita ai seguenti casi:

- a) qualora fosse un altro membro dell' équipe sanitaria a richiedere la collaborazione professionale;
- b) qualora non ci fosse altro collega nel territorio del Comune nel quale esercita la professione;
- c) di fronte ad un'estrema urgenza o di pericolo imminente per la vita del assistito.

Art. 64. L' équipe sanitaria è obbligata a informare l' assistito, i suoi congiunti o il legale rappresentante, a seconda del caso, qualora la gravità della malattia facesse temere complicazioni capaci di provocare la morte oppure la morte stessa. Nel caso in cui si rendesse necessario, prima di effettuare ogni manovra diagnostica o terapeutica che presupponga dei rischi per l' assistito, il membro dell' équipe sanitaria è tenuto a far firmare il Consenso informato all' assistito, ai congiunti oppure al legale rappresentante.

Art. 65. L' équipe sanitaria ha diritto ad una retribuzione degna e giusta per il proprio lavoro professionale.

Art. 66. I membri dell' équipe sanitaria hanno il diritto di ricevere un trattamento degno da parte degli assistiti, dei congiunti e delle istituzioni dove lavorano.

Art. 67. I membri dell' équipe sanitaria sono responsabili dei rischi, delle reazioni e dei risultati sfavorevoli, immediati o mediati, dalla previsione impossibile o difficile nel campo della prassi medica qualora essi prescindessero o eseguissero procedure o cure scientificamente non convalidate.

Art. 68. Di fronte a mancanza delle condizioni previste dagli articoli del presente capitolo, l' équipe sanitaria potrà, individualmente o attraverso le associazioni scientifiche e/o professionali, effettuare il relativo reclamo presso chi di competenza, sia nell' ambito pubblico che privato, e comunicare tale circostanza agli assistiti e alla comunità se così lo ritenesse conveniente.

Art. 69. L' ambulatorio dei membri dell' équipe sanitaria è un ambito neutrale in cui gli stessi hanno il diritto di assistere tutti i pazienti che lo richiedessero, indipendentemente dai professionisti che in precedenza li avessero assistiti e dalle circostanze precedenti alla visita.

Art. 70. I membri dell' équipe sanitaria hanno il diritto della libera scelta dei propri assistiti relativamente ai casi previsti dal presente Codice.

Art. 71. Nel caso di malati in assistenza, i membri dell' équipe sanitaria hanno il diritto di abbandonarne l' assistenza oppure di trasferirla ad un altro collega qualora si verificassero le seguenti circostanze:

- a) Se a giudizio del professionista non è stato raggiunto un adeguato rapporto équipe sanitaria-assistito, il che comporterebbe un impedimento o un danno all' adeguata assistenza.
- b) Qualora l' assistito, in uso delle proprie facoltà, non seguisse le indicazioni prescritte o di fronte all' assenza delle predette condizioni i congiunti responsabili non collaborassero al loro adempimento.
- c) Qualora venisse a conoscenza che il paziente è assistito in modo surrettizio da un altro professionista.

Art. 72. I membri dell' équipe sanitaria hanno diritto alla proprietà intellettuale dei lavori scientifici conseguenti alle proprie ricerche e di ogni altra documentazione che rifletta il proprio pensiero o il proprio criterio scientifico.

Art. 73. L' enumerazione non tassativa dei diritti e dei doveri di cui ai diversi capitoli del presente Codice non compromette in nessun modo i diritti dei membri dell' équipe sanitaria inerenti alla loro condizione di persona umana, di professionista laureatosi all' Università e di lavoratore, sia di carattere individuale che collettivo, riconosciuti, stabiliti o garantiti dalla normativa in vigore.

Capitolo V

DEI DIRITTI E DEI DOVERI DEGLI ASSISTITI

Art. 74. Ogni persona sana ha l'obbligo morale e sociale di curare la propria salute.

Art. 75. Ogni persona in situazione di malattia ha il diritto al rispetto della propria dignità in quanto tale e di ricevere la migliore assistenza da parte dei membri dell'équipe sanitaria nonché dalle istituzioni in cui viene assistita affinché il proprio benessere sia possibile, sia dal punto di vista psicofisico che socio-culturale.

Art. 76. Ogni assistenza medico-sanitaria deve fondarsi sulla libera scelta, da parte dell'assistito, del professionista, sia che questi eserciti la professione privatamente, presso enti di qualunque natura, oppure all'interno della struttura dello Stato.

Art. 77. L'assistito ha il diritto all'informazione necessaria per arrivare al consenso comprensivo della diagnosi, della prognosi, della terapia e delle cure preventive primarie o secondarie, relative al proprio stato di salute. L'assistito, i congiunti o il legale rappresentante sono obbligati a sottoscrivere il "Consenso informato" nei casi in cui i professionisti lo ritenessero necessario.

Art. 78. L'assistito ha il diritto della riservatezza sul proprio stato sanitario relativamente a terzi, sia verbalmente che attraverso la divulgazione della cartella clinica.

Art. 79. Ogni assistito ha il diritto di ricevere sostegno emotivo e di richiedere assistenza spirituale o religiosa da parte di persone di propria scelta.

Art. 80. L'assistito ha inoltre i seguenti diritti:

- a) di essere curato da persone capaci di aiutarlo a mantenere un sentimento di speranza e di fiducia in momenti critici.
- b) di mantenere la propria individualità e capacità delle decisioni personali conseguenti a questo fatto e, qualora la capacità intellettuale delle proprie decisioni fosse compromessa, venga accettata la o le persone da lui nominate.
- c) di ricevere assistenza terapeutica che possa alleviare le proprie sofferenze.
- d) di essere ascoltato nella manifestazione dei propri concetti e delle proprie emozioni circa la forma dell'approccio della propria morte.
- e) di rispetto alla dignità del proprio corpo una volta deceduto.

Art. 81. Qualora l'assistito volesse esercitare il proprio diritto ad una second opinion, è tenuto a notificare tale decisione al professionista che lo ha seguito fino a quel momento e ad accettare che questi decida e notifichi il proprio allontanamento se fosse il caso.

Art. 82. L'assistito ha l'obbligo morale di riconoscere le proprie responsabilità relativamente al mancato adempimento delle indicazioni professionali qualora la propria salute peggiorasse o vi emergessero gravi circostanze.

Art. 83. L'assistito è responsabile di evitare la propagazione della propria malattia se questo rischio fosse possibile.

Art. 84. L'assistito è tenuto ad agire comprensivamente per quanto riferito alle sincere obiezioni di coscienza del professionista responsabile.

Capitolo VI

DEL RAPPORTI ÉQUIPE SANITARIA – ASSISTITO (CONGIUNTI)

Art. 85. Il rapporto équipe sanitaria – assistito viene stabilito ogniqualvolta un professionista della Salute accetta la richiesta da parte di un altro membro della società, il quale accudisce a quest'ultimo per avere la sua opinione, il suo consiglio e una possibile cura.

Art. 86. Gli scopi fondamentali del lavoro dell' équipe sanitaria sono: la prevenzione, la preservazione, la protezione ed il recupero della salute delle persone, sia dal punto di vista individuale che come membri della società, nel rispetto della dignità personale delle persone stesse.

Art. 87. Il Medico di famiglia o dell' assistito è colui al quale in generale o regolarmente si chiede assistenza e nel quale si ha fiducia professionale e umana. Il Medico di base è colui che assiste il paziente nella sua attuale malattia.

Art. 88. La base fondamentale del rapporto umano nell' esercizio della professione medica è il rapporto Medico-Assistito (Équipe sanitaria-Assistito) e la prima lealtà del primo va tenuta verso l' assistito, antepoendo le proprie necessità specifiche ad ogni altra convenienza.

Art. 89. I membri dell' équipe sanitaria sono obbligati a stabilire con l' assistito un rapporto di lealtà, decoro, rispetto, comprensione e tolleranza, dovendo guidare l' anamnesi, l' esame clinico e le indicazioni diagnostiche e terapeutiche con la massima considerazione morale sulla dignità umana, senza alcun tipo di discriminazione per nessuna causa.

Art. 90. I membri dell' équipe sanitaria sono obbligati a dedicare all' assistito il tempo necessario per valutarne la malattia, visitarlo, indicare le fasi diagnostiche e spiegargli tutto quanto occorrente.

Art. 91. Sono gravi mancanze etiche: l' assistenza sbrigativa, l' assenza di visita clinica e di spiegazioni che diano risposta all' inquietudine dell' assistito o dei suoi congiunti. La giustificazione della mancanza di tempo per il numero dei pazienti assistiti oppure la remunerazione ottenuta per ognuno di essi non costituisce causale liberatoria del dovere etico.

Art. 92. Tra le norme che reggono il rapporto Medico-Assistito sono di primordiale categoria: il rispetto del segreto professionale, la confidenzialità ed il Consenso informato personale o attraverso legali rappresentanti, qualora ce ne fosse bisogno.

Art. 93. I membri dell' équipe sanitaria, anche coloro dal più alto prestigio professionale e accademico, sono obbligati a evitare atteggiamenti di indulgente onnipotenza e paternalismo nei confronti degli assistiti o dei loro congiunti. La disponibilità ad esaminare congiuntamente i problemi consentirà di arrivare ad accordi soddisfacenti circa le cure possibili per la salute dell' assistito e le responsabilità di quest'ultimo per quanto riguarda l' osservanza delle indicazioni.

Art. 94. I membri dell' équipe sanitaria sono obbligati ad avere la massima prudenza in caso di dover esprimere opinione in situazioni critiche, come ad esempio:

- a) grave malattia o morte imminente,
- b) non guaribilità,
- c) incapacità psicofisica progressiva e irreversibile.

Art. 95. Di fronte alle circostanze in seguito segnalate, relative all' attività medica, occorre avere relativa autorizzazione o Consenso informato da parte dell' assistito o di persona responsabile dello stesso:

- a) procedure, siano diagnostiche che terapeutiche, che implicino un rischio per la salute,
- b) terapia convulsionante,
- c) amputazione, castrazione od altro intervento mutilante,
- d) interventi a minorenni,

Di fronte a un caso di dubbio sono consigliabili: un'autorizzazione per iscritto e l' attestazione specifica di un protocollo medico o chirurgico speciale, da allegare alla Cartella clinica.

Art. 96. I membri dell' équipe sanitaria non sottometteranno i propri assistiti a procedure diagnostiche e/o terapeutiche non previamente sottomesse al controllo delle autorità scientifiche riconosciute dal regime della Ricerca clinica (Libro III, Capitolo 23).

Art. 97. In occasione di incontri sociali, di amicizia o di parentela con un paziente assistito da altro professionista, il membro dell' équipe sanitaria deve astenersi da ogni domanda medica relativamente alla malattia e da osservazioni sull' atteggiamento dell'

altro professionista. In nessun momento ci dovrà essere alcun interesse personale nel caso o nell' intenzione di controllo.

Art. 98. L' assistito ha i seguenti diritti:

- a) Di libera scelta del professionista sanitario per l' assistenza della propria malattia e di chiedere l' opinione di un altro medico, per una second opinion, senza che ciò possa arrecare alcun danno alla continuità né alla qualità della assistenza.
- b) Di non essere abbandonato arbitrariamente da un professionista sanitario che lo assiste. Quest'ultimo può smettere di assistere il malato se lo stesso ha perso la fiducia nel primo. Tale situazione andrà esaminata da entrambi per scegliere un sostituto che possa accettare di assistere il malato. Il professionista che si ritira è tenuto ad agire con lealtà e con rispetto relativamente al collega proposto, indipendentemente dall' opinione che di lui abbia.

Art. 99. I membri dell' équipe sanitaria sono eticamente obbligati ad assistere le persone in situazione di emergenza qualora non ci fosse disponibilità immediata di un sistema di assistenza di urgenza più idoneo di lui stesso e in tali situazioni dovrà agire senza la volontà dell' assistito o dei suoi congiunti. In questi casi l' assistenza verrà eseguita per propria decisione o qualora fosse identificato e richiestogli l' urgente intervento, il quale non potrà essere negato nemmeno in caso di rischio di contagio o di pericolo della propria integrità fisica.

Art. 100. È grave mancanza etica eseguire procedure che richiedano la decisione personale dell' assistito senza che questi l' abbia manifestata, siano esse diagnostiche o terapeutiche e specie in istanze legate all' inizio e alla conclusione della vita.

Capitolo VII

DEL SEGRETO PROFESSIONALE

Art. 101. È Segreto professionale in materia di salute ciò che non è etico o lecito rivelare senza giusta causa.

Art. 102. Il segreto professionale è un dovere etico che nel membro dell' équipe sanitaria nasce dall' essenza stessa della professione ed è legato al rispetto della libertà dell' assistito. L' interesse pubblico, la sicurezza degli assistiti, la probità delle famiglie, l' onorabilità del professionista e la dignità della Medicina esigono il segreto.

Art. 103. Il segreto professionale è talmente importante che costituisce un' obbligo la cui inosservanza senza giusta causa è qualificata crimine dal Codice Penale. Non è necessario pubblicare il fatto perché ci sia rivelazione, basta con la confidenza ad una terza persona.

Art. 104. L' équipe sanitaria ha l' obbligo ed il diritto di rispettare il segreto di tutto quanto gli sia confidato dall' assistito, di quanto abbia visto e dedotto nonché di tutta la documentazione prodotta nell' esercizio della professione. Il membro dell' équipe sanitaria deve essere talmente discreto che né direttamente né indirettamente nulla possa essere scoperto.

Art. 105. Nei casi di gravidanza o di parto di una donna nubile minorenni, il medico è obbligato a mantenere silenzio. Il miglior atteggiamento in questi casi è quello di suggerire alla stessa interessata di informare la propria condizione alle persone maggiorenni della propria famiglia.

Art. 106. Il segreto professionale obbliga tutta l' équipe sanitaria coinvolta nell' assistenza al paziente. La morte dell' assistito non esime i membri dell' équipe sanitaria dal dovere del segreto.

Art. 107. Il professionista può soltanto fornire informazione relativamente alla diagnosi, alla terapia o alla prognosi di un assistito allo stesso assistito o ai suoi più immediati congiunti e procederà diversamente soltanto con autorizzazione espressa dell' assistito o dei suoi congiunti più immediati qualora il primo non fosse in condizioni di decidere autonomamente.

Art. 108. Di fronte a situazioni di carattere istituzionale che rappresentino un'imprescindibile necessità e per espressa richiesta dell' autorità professionale competente, il membro curante dell' équipe sanitaria può rivelare informazioni circa il proprio assistito al collega che le richieda, preferibilmente in forma personale oppure per iscritto ma in busta chiusa.

Art. 109. I cambiamenti nell' organizzazione della Medicina assistenziale e le esigenze sindacali non possono essere ritenute scusa valida per rivelare diagnosi e certificazioni che violino il segreto professionale.

Art. 110. Il membro dell' équipe sanitaria con mansioni dirigenziali all'interno dell' équipe o del centro o reparto sanitario, è responsabile di stabilire i controlli necessari perché l' intimità e la confidenzialità degli assistiti ivi accolti non siano vulnerate.

Art. 111. Nel caso in cui un membro dell' équipe sanitaria sia tenuto a porre reclamo giudiziario per il proprio onorario, si limiterà a segnalare le prestazioni eseguite, dovendo essere prudente nelle informazioni sulla diagnosi e sulla natura delle malattie e dei disturbi, riservandosi per esporre precisazioni di fronte a periti esperti all' uopo nominati.

Art. 112. Qualora un membro dell' équipe sanitaria ritenesse che la notifica della diagnosi attraverso un certificato pregiudichi l' interessato, deve comunicarglielo e accettarne la conseguente decisione.

Art. 113. L' alcolismo, le altre tossicodipendenze e le malattie a trasmissione sessuale, poiché ritenute malattie di carattere sociale, obbligano i membri dell' équipe sanitaria a difendere i propri assistiti mediante il segreto professionale, purché ciò non rappresenti danno reale e dimostrabile per l' assistito, per una terza persona oppure per la comunità.

Art. 114. È violazione del segreto medico far riferimento a casi clinici identificabili, esibire fotografie degli assistiti su annunci professionali o la divulgazione di circostanze mediche in programmi di radio, televisione, cinema o in articoli, interviste su giornali, riviste od ogni altro mezzo di comunicazione di carattere non medico.

Art. 115. La prudenza e la responsabilità etica del membro dell' équipe sanitaria, per quanto riguarda il segreto professionale, sono di particolare importanza quando l' informazione sulla salute dell' assistito debba essere notificata ai congiunti.

Art. 116. Il Medico e gli altri membri dell' équipe sanitaria sono esenti dall' obbligo di mantenere il segreto professionale nelle seguenti circostanze:

- a) Quando agiscono da periti presso una compagnia di assicurazioni: le loro relazioni devono rispettare le regole del segreto professionale dovendo trasmetterle a mezzo busta chiusa al responsabile dell' azienda, il quale a sua volta ha gli stessi obblighi di segretezza professionale.
- b) Quando autorità competente ordina al professionista il riconoscimento dello stato fisico o mentale di una persona.
- c) Quando occorre effettuare perizie o autopsie di carattere medico legale nell' ambito giudiziario di competenza o quando sia necessario l' intervento del professionista per evitare un errore giudiziario.
- d) Quando agiscono da funzionari della sanità o quando devono denunciare malattie infettive e contagiose.
- e) Con il rilascio, da parte del medico, del Certificato di morte.
- f) Per la propria difesa di fronte a domanda per danno colposo nell' esercizio della professione oppure quando vi è obbligo di deporre quale testimone presso un tribunale giudiziario.
- g) Quando denuncia crimini da lui conosciuti attraverso l' esercizio della professione, secondo quanto previsto dal Codice Penale, ad eccezione dei crimini di istanza privata di cui al predetto Codice.

Capitolo VIII

DELLA QUALITÀ DELL' ASSISTENZA SANITARIA

Art. 117. Nonostante le difficoltà per trovare una definizione universalmente accettata, il concetto di Qualità dell' assistenza sanitaria è collegato alla soddisfazione delle necessità e delle esigenze dell' assistito in sé, dei suoi congiunti e della società nel suo insieme. La definizione è basata sull' organizzazione di un cambiamento il cui obiettivo è quello di raggiungere livelli di eccellenza delle prestazioni, con calo di errori e miglioramento delle prestazioni da parte delle istituzioni.

Art. 118. L' Organizzazione Mondiale della Sanità definisce i requisiti necessari per arrivare alla Qualità sanitaria, che sono i seguenti:

- un alto livello di eccellenza professionale,
- l' uso efficiente delle risorse,
- un rischio minimo per l' assistito,
- un alto grado di soddisfazione dell' assistito e
- la valutazione dell' impatto finale nella Sanità nel suo insieme.

Art. 119. La qualità sanitaria va intesa in tre dimensioni:

- a) umana;
- b) scientifico-tecnica e
- c) economico-finanziaria.

Art. 120. I nuovi modelli di assistenza devono essere supportati dal ragionamento scientifico ed etico-sociale.

Art. 121. I membri dell' équipe sanitaria devono partecipare alle Politiche della Qualità nei seguenti aspetti: definizione degli obiettivi generali, progettazione e definizione delle strategie per raggiungerla, gestione ed esecuzione dei programmi e controllo dei risultati, volti al miglioramento permanente.

Art. 122. I membri dell' équipe sanitaria sono obbligati a impegnarsi nella Gestione della Qualità, svolta sulla base del principio enunciato dalla OMS, sul diritto di ogni essere umano di arrivare al "più alto livello di salute possibile", principio da essere incluso nelle leggi di ogni Paese quale responsabilità legale ed etica dello Stato e delle organizzazioni sanitarie.

Art. 123. I membri dell' équipe sanitaria devono agire specificamente perché i Controlli della qualità universalmente accettati vengano seguiti e devono applicare le tecniche ed effettuare le attività di carattere operativo utilizzate nella verifica dei requisiti per stabilire se la qualità di produzione è consonante con la qualità di progettazione. Queste azioni devono consentire di misurare la Qualità reale, da paragonare con le Norme (Manuale della Qualità) e di agire sulle differenze.

Art. 124. La valutazione della Qualità assistenziale è responsabilità dei diversi membri dell' équipe sanitaria, e specificamente:

- a) i prestatori considerati nel loro insieme,
- b) gli utenti,
- c) gli amministratori della sanità (pubblica, privata, mutualistica, altri).

Art. 125. I membri dell' équipe sanitaria sono obbligati a tendere verso il conseguimento di Sistemi di assicurazione di Garanzia della Qualità attraverso un insieme di azioni progettate e sistematizzate. Queste azioni, necessarie ad infondere la fiducia nella soddisfazione dei requisiti della qualità di un bene o servizio, comprendono una serie di attività volte ad assicurare la soddisfazione delle necessità dell' utente.

Art. 126. I prestatori, nel loro insieme, devono essere in possesso dei maggiori attributi di responsabilità e di condotta etica, nel senso della costante ricerca dell' equità, dell' effettività, dell' efficienza e dell' adeguatezza nell' applicazione delle conoscenze aggiornate con la tecnologia appropriata.

Art. 127. Il concetto di soddisfazione è inteso sia per l' utente che per le condizioni di lavoro professionale.

Art. 128. Gli esercenti della sanità, quali membri dell' équipe sanitaria, sono obbligati ad accettare e ad agire secondo quanto previsto dal presente Codice e a prevedere e a facilitare tutti i mezzi per raggiungere la Qualità dell' assistenza. Nella buona prassi medico-sanitaria sono tanto responsabili quanto i prestatori diretti.

Capitolo IX

DELLA MEDICINA IN ÉQUIPE

Art. 129. L' obiettivo fondamentale dell' équipe sanitaria è quello di fare in modo che un insieme di persone che lavorano in modo armonico possa offrire una prestazione di eccellenza agli assistiti nella ricerca della guarigione degli stessi o dell' alleviamento della loro sofferenza.

Art. 130. I membri dell' équipe sanitaria sono consapevoli del fatto che in ogni momento devono decidere relativamente a due fattori: quello scientifico e quello etico, elementi di base della formazione quali essere umani.

Art. 131. L' équipe sanitaria ha imprescindibilmente bisogno di un periodo e di un processo di training non soltanto delle strategie e delle procedure scientifico-tecniche ma anche, e specialmente, dei valori morali e delle condotte etiche.

Art. 132. L' atto medico può essere eseguito o non eseguito (abbandono). L' atto medico eseguito, a sua volta, può essere accettato oppure non accettato. Quest'ultimo può configurare modalità di imprudenza, imperizia o negligenza relativamente al funzionamento di un' équipe. Quindi diviene necessario il controllo della capacità tecnica e dei valori morali, specie nei componenti essenziali dell' azione medica:

- a) il rapporto medico-assistito
- b) l' apprendimento
- c) la ricerca scientifica
- d) l' attività medica specifica.

Art. 133. Il Responsabile dell' équipe ha inoltre le seguenti responsabilità specifiche:

- a) condotta etica nei confronti dei propri subalterni,
- b) riconoscimento del carattere interdisciplinare dell' équipe,
- c) rapporti istituzionali,
- d) sorveglianza dei mezzi socio-economici e legali, che possono variare dal ringraziamento profondo fino all' ostilità, all' ira e all' aggressione, sia di opinione che di intento di azione legale.

Art. 134. Dal punto di vista legale è possibile porre le seguenti responsabilità:

- a) diretta: contro l' équipe,
- b) condivisa: contro alcuni membri dell' équipe,

- c) collettiva: qualora non fosse possibile individuare il responsabile ultimo dell'azione medica,
- d) solidale: qualora venisse coinvolto personale ausiliare (infermieri, tecnici strumentisti, fisioterapisti, esperti in emoterapia ed altri),
- e) concorrente: nei casi in cui sono coinvolti sia il medico che l'assistito.

Art. 135. È grave mancanza etica l' indiscrezione dell' équipe come un tutto oppure di alcuni dei suoi membri, poiché essa vulnera la confidenzialità ed il segreto medico.

Art. 136. Il Responsabile e i membri dell' équipe sono responsabili legali ed etici di accettare di lavorare in un ambito in cui non vi siano le condizioni tecnico-ambientali e di infrastruttura che consentano il corretto svolgimento delle proprie attività specifiche.

Art. 137. La cartella clinica completa è uno dei pilastri fondamentali dell' assistenza medica e ne sono responsabili più membri dell' équipe.

Art. 138. Il lavoro in équipe non esime il Responsabile dell' équipe o chi ne faccia le veci, di osservare le norme previste per il Consenso informato, i cui effetti, in alcune procedure, vanno oltre la firma di un apposito modulo.

Art. 139. Il lavoro in équipe non osta alla conoscenza, da parte dell' assistito, di quale è il professionista responsabile della sua assistenza benché il Responsabile dell' équipe condivida in ogni caso le responsabilità di fronte all' assistito e alla Legge.

Capitolo X

DELLA SECOND OPINION¹

Art. 140. Per consulto medico o Second opinion si intende il risultato di un consulto ad un altro medico oppure ad un' altra équipe sanitaria non responsabile direttamente dell' assistenza del paziente (aspetto legale ed etico) per ratificare o per modificare quanto effettuato.

Art. 141. La Second opinion fa parte dell' Assistenza sanitaria. Può riferirsi a quanto effettuato in generale o limitarsi a qualche punto in particolare.

Art. 142. Viste le molteplici ripercussioni di questo atto medico sui protagonisti, è necessario che le parti coinvolte abbiano non solo conoscenza scientifico-tecnica ma anche un appropriato equilibrio di maturità e di rispetto solidale, visto che il prestigio della Medicina è in gioco ogniqualvolta un atto medico ha luogo e ciò diventa ancora più critico nel caso della Second opinion.

Art. 143. Dal principio di beneficio o di beneficenza nasce l' obbligo del membro dell' équipe sanitaria di considerare la salute dell' assistito al di sopra di ogni altra condizione e ne è subordinato ogni conflitto di interessi di qualunque specie fra i medici consultati.

Art. 144. Questa tipologia di consulto può aver luogo a richiesta dell' assistito e secondo il principio di autonomia e della regola della confidenzialità. I congiunti possono soltanto richiedere al medico curante il consulto con un altro professionista nel caso in cui avessero l' espressa autorizzazione dell' assistito oppure nel caso in cui questi fosse incapace. La può infine proporre il medico di base nelle seguenti situazioni:

- a) qualora risultasse difficile arrivare ad una diagnosi certa,
- b) qualora non fosse possibile ottenere un risultato soddisfacente con la terapia seguita,
- c) qualora per la gravità della prognosi si rendesse necessario condividere la responsabilità con un altro o con altri colleghi,
- d) per questioni legali, di lavoro, amministrative o simili.

¹ N.d.T: Di fatto, in poche parole, la *Second opinion* -o "Secondo parere"- in Argentina può essere richiesta: dall' assistito, dai congiunti, dal legale rappresentante, dal medico curante (generico o specialista), da altro medico chiamato per visitare l' assistito oppure da altro medico di base.

Art. 145. Nel caso in cui la promuovesse l' assistito o i suoi congiunti, il medico di base non dovrebbe opporvisi e dovrebbe accettare il consulente proposto, benché abbia il diritto di rifiutarlo per giusta causa. Nel caso di mancato accordo, il medico di base ha la facoltà di proporre la nomina di un consulente per ogni parte e, nel caso in cui questa proposta non fosse accettata, può rifiutare il consulto, essendo esentato dall' obbligo di continuare con la assistenza.

Art. 146. Per il principio di autonomia (capacità di decisione) l' assistito deve partecipare alla responsabilità della presa di decisione relativamente alla sua assistenza, essendogli consentito inoltre di cambiare le proprie decisioni nei diversi momenti del processo ma essendo informato con assoluta sincerità sui problemi che potessero insorgere.

Art. 147. La Second opinion è un atto etico, benché in genere e di fatto, non sia etica la procedura con la quale vi si accede. La maggior responsabilità -quella di stabilire l' inquadramento etico- corrisponde sia al medico richiedente che al medico che è stato consultato.

Art. 148. Durante i consulti il medico richiedente è tenuto ad osservare un atteggiamento scrupoloso e sincero circa la reputazione morale e scientifica del medico di base, la cui condotta è tenuto a giustificare purché coincida con la verità dei fatti oppure con i principi fondamentali della scienza. In ogni caso, l' obbligo morale del medico che è stato consultato -qualora ciò non comportasse danno per l' assistito- è quello di ridurre l' errore e di astenersi dal fare giudizi e insinuazioni capaci di compromettere la fiducia nel medico di base.

Art. 149. Il medico che è stato consultato non può diventare medico di base dello stesso assistito durante il decorso della malattia per la quale è stato convocato. Ne sono eccezioni:

- a) qualora il medico di base cedesse volontariamente la direzione della terapia,
- b) qualora la natura della malattia rendesse necessaria la direzione dello specialista,
- c) qualora così lo decidessero l' assistito o i suoi congiunti e lo manifestassero davanti ai partecipanti al consulto o alla giunta medica.

Art. 150. È grave mancanza etica richiedere una Second opinion senza la conoscenza del medico di base, tranne nei casi di assenza, di impossibilità o di continuo rifiuto di

seguirlo da parte di quest' ultimo, o con la sua autorizzazione. Tutte queste circostanze che autorizzano a rispondere alla richiesta e, nel loro persistere, a continuare con l' assistenza del paziente, devono essere accertate e, se possibile, documentate in modo probatorio, con l' obbligo di farle conoscere al medico di base.

Art. 151. Nel caso in cui dal consulto effettuato da uno specialista risultasse che la malattia riguarda la sua specialità, è etico che il medico di base ceda a questi la direzione della terapia. Non trattandosi di una complicanza ed essendo soltanto un' alternativa al quadro completo della situazione clinica, la direzione della terapia spetta comunque al medico di base e lo specialista è obbligato ad offrire le conoscenze che contribuiscano alla situazione, dovendo sospendere il proprio intervento al momento in cui cessi la necessità dei suoi servizi, agendo di comune accordo.

Art. 152. In caso di intervento chirurgico è il chirurgo specialista colui al quale spetta fissarne l' opportunità, il luogo di esecuzione e la scelta dei propri collaboratori, potendo chiedere al medico di base la sua partecipazione all' atto chirurgico.

Art. 153. Qualora il membro curante dell' équipe sanitaria raccomandasse la consulenza di uno specialista ai propri assistiti, è buon atteggiamento etico comunicare previamente tale circostanza a quest' ultimo attraverso i mezzi che corrispondano. Una volta effettuata la visita, lo specialista è obbligato a comunicarne i risultati. L' atteggiamento da seguire da questo momento in poi da entrambi i colleghi è quello previsto dagli articoli precedenti. Questa tipologia di visite rientra nella categoria delle visite straordinarie.

Art. 154. È consigliabile, senza essere però obbligatorio, che lo specialista che riceve nel proprio ambulatorio un assistito che vi arriva spontaneamente, comunichi al medico di base il risultato della visita, ad eccezione di espresso rifiuto da parte del paziente.

Art. 155. I medici sono obbligati ad essere puntuali nel consulto. Se dopo una prudenziale attesa, di non oltre 15 (quindici) minuti, il medico di base non arrivasse né richiedesse un' altra breve attesa, il o i medici consultati sono autorizzati a visitare il paziente, sempre nell' osservanza delle norme previste per il Consenso informato.

Art. 156. Riunitasi la Giunta, il medico di base espone la descrizione del caso senza omettere alcun particolare di interesse e fa conoscere il risultato degli elementi diagnostici utilizzati. Successivamente i medici che sono stati consultati visitano l'

assistito. Riunitisi nuovamente i membri della Giunta, emettono il loro parere, nell'ordine dal più giovane al più anziano, e si conclude con il parere del medico di base, il quale in questo momento fa conoscere il proprio parere verbalmente o per iscritto. Corrisponde a quest'ultimo riassumere le opinioni dei colleghi e formulare le conclusioni poi sottomesse alla decisione della Giunta. Il risultato finale delle deliberazioni verrà comunicato dal medico di base all'assistito o ai suoi congiunti, davanti ai colleghi, potendo cedere la missione a qualsiasi di loro.

Art. 157. Qualora i medici consultati non fossero d'accordo con il medico di base, è dovere di quest'ultimo comunicarlo all'assistito o ai suoi congiunti perché possano decidere chi continuerà l'assistenza.

Art. 158. Il medico di base è autorizzato a redigere e a conservare un verbale con i pareri emessi, sottoscritto da tutti i consultati e da lui stesso, ogniqualvolta che per ragioni relative alla decisioni della Giunta ritenesse necessario salvaguardare la propria responsabilità da interpretazioni errate.

Art. 159. Nei consulti e nelle Giunte verranno evitate le dissertazioni profonde su temi di dottrina o speculativi e il dibattito si concretizzerà nella soluzione pratica del problema clinico osservato.

Art. 160. Le decisioni dei consulti e delle Giunte possono essere modificate dal medico di base se così lo esigesse qualche cambiamento nel decorso della malattia, ma ogni modifica, così come le relative cause, devono essere esposte e spiegate negli eventuali consulti successivi.

Art. 161. Le discussioni della Giunta sono confidenziali. La responsabilità è collettiva e a nessuno è consentito di esimersene attraverso giudizi o censure emessi in altro ambito che non sia quello della Giunta stessa.

Art. 162. È vietato dal punto di vista etico ai medici consultati tornare dall'assistito una volta concluso il consulto, tranne in caso di urgenza o con autorizzazione espressa del medico di base e con assenso dell'assistito o dei suoi congiunti, e sono comunque obbligati a non formulare particolari commenti sul caso.

Art. 163. Qualora i congiunti non potessero pagare un consulto, il medico di base può autorizzare per iscritto la visita ordinaria dell'assistito a un collega. Quest'ultimo è

autorizzato a trasmettere il proprio parere verbalmente o per iscritto, in busta chiusa, al medico di base.

Art. 164. Qualora un collega richiedesse relazioni oppure lo stesso assistito le richiedesse, esse devono essere complete, senza omissione di nessuna informazione ricavata dalla visita, con allegata copia degli esami eseguiti. Il medico richiedente è tenuto a fidarsi del certificato o dell'informazione fornita dal collega ma ciò nonostante, in caso di dubbio serio, ha il diritto di avere gli originali e l'obbligo di restituirli immediatamente una volta fatta la verifica.

Art. 165. Non è consentito sostituire i medici di base nell'inosservanza delle regole di cui al presente Codice.

Art. 166. Garantisce una migliore assistenza sanitaria la previsione, nei diversi sistemi di assistenza, della Second opinion nelle figure del Medico consultato e/o dei Comitati di Esperti.

Art. 167. La rivoluzione tecnologica dell'informatica ha sviluppato la Second opinion a distanza, nel cui caso va tenuto presente il fatto che l'assistito è assente. Perché la Second opinion sia utile deve prevedere il fattore etico del rapporto membro dell'équipe sanitaria-assistito e le sue variabili, così come quanto segnalato nei Capitoli relativi alla Cartella clinica e al Segreto professionale.

Capitolo XI

DELLA CARTELLA CLINICA

Art. 168. La Cartella clinica è uno strumento oggettivo e accessibile alla comprensione di terzi e non solo a chi vi partecipa alla redazione.

Art. 169. Nel rapporto tra l' équipe sanitaria e l' assistito, la Cartella clinica è uno degli elementi più rilevanti. È inoltre di fondamentale importanza per il carattere probatorio nei confronti della Legge e per ragioni economico-amministrative.

Art. 170. La Cartella clinica deve essere redatta e firmata dallo stesso medico curante e, nel caso di sostituzione professionale, tale circostanza deve risultarvi.

Art. 171. La Cartella clinica deve essere scritta in modo leggibile, non contenere cancellature né correzioni né spazi in bianco e, nel caso di errore, si scriverà la dicitura "ERRORE" e si chiarirà quanto necessario. Non è consentito aggiungere niente tra le righe.

Art. 172. I fogli della Cartella clinica devono essere numerati progressivamente e su ognuno di essi devono risultare i nomi dell' assistito e del membro dell' équipe sanitaria e la data. Devono essere evidenziati gli orari delle prestazioni e, fondamentalmente, la descrizione dettagliata delle condizioni in cui l' assistito viene accolto.

Art. 173. Sulla Cartella clinica si farà constare l' esatta descrizione di tutti gli esami di laboratorio e strumentali eseguiti e, nel caso di una metodica invasiva, l' esauriente descrizione di tutti i sintomi che avevano consigliato di eseguirla. Va redatta contestualmente alle diverse prestazioni effettuate.

Art. 174. Nel caso di Second opinion, tale circostanza deve risultare sulla Cartella con data e ora.

Art. 175. Sulla Cartella clinica deve risultare l' informazione fornita dall' assistito e/o dai congiunti nonché la risposta dell' assistito alla terapia, sia clinica che chirurgica.

Art. 176. Non vi devono essere omesse notizie imprescindibili alla miglior terapia anche se le stesse possano essere oggetto di falsi pudori oppure socialmente discutibili.

Art. 177. Il Consenso informato sottoscritto dall' assistito, dai congiunti oppure dal legale rappresentante va allegato alla Cartella clinica.

Art. 178. La Cartella clinica completa e redatta in forma leggibile è una delle maggiori responsabilità dell' équipe sanitaria. Una difettosa redazione della stessa è un elemento aggravante nei processi per responsabilità legale.

Art. 179. La Cartella clinica contiene i dati anagrafici, e su questi vi è un diritto personalissimo, il cui unico titolare è l' assistito. Qualora fosse richiesta, la mancata consegna al titolare può dar luogo alla richiesta di risarcimento per il danno causato.

Art. 180. Quanto previsto per la Cartella clinica propriamente detta è altresì applicabile al materiale complementare, quali: esami clinici, tomografie, radiografie, ecc.; tutti questi documenti sono inerenti alla salute, al corpo e all' intimità dell' assistito e quindi inalienabili e soltanto l' assistito può gestirli e rivelarne il contenuto.

Art. 181. Il medico e/o l' istituzione sanitaria sono i custodi della Cartella clinica, la cui scomparsa o la mancata conservazione ostacolano l' azione della giustizia e tolgono contemporaneamente la possibilità al medico curante e all' istituzione sanitaria stessa di un' inestimabile opportunità di difesa legittima. Il custode della Cartella clinica è tenuto a risponderne in tali circostanze.

Art. 182. Per quanto sopra, il segreto medico va preservato e la Cartella clinica non deve essere esposta a chi abbia altri interessi non prettamente professionali.

Art. 183. È etico il rispetto all' ordine giudiziario di esibizione della Cartella allo scopo di indagini, sia contro oppure a favore della difesa della responsabilità legale.

Art. 184. La Cartella clinica non può essere utilizzata a fine spurio, di discriminazione di nessuna specie o per l' esclusione dai benefici previsti dalla Legge.

Art. 185. Qualora la Cartella clinica fosse informatizzata, occorre implementare sufficienti misure di sicurezza per garantire l' inalterabilità delle informazioni e per evitare l' azione di offesa all' informazione tutelata.

Capitolo XII

DEL RAPPORTO FRA I MEMBRI DELL' ÉQUIPE SANITARIA

Art. 186. Sono le basi etiche regolanti i rapporti fra i membri dell' équipe sanitaria: il reciproco rispetto di tutti i professionisti dell' assistenza sanitaria, la non intromissione nei limiti delle altrui specialità -ad eccezione di situazioni di emergenza- e l' azione basata nella competenza scientifica.

Art. 187. Il Giuramento di Ippocrate segnala l' abitudine di assistere gratuitamente il collega, il coniuge, i figli e i genitori purché gli stessi siano a carico del collega e non siano beneficiari di nessun sistema di previdenza sanitaria. Questa abitudine non è più una regola per molti professionisti dell' équipe sanitaria, per cui è un fatto di coscienza personale come procedere. Non è decisione di chi riceve la prestazione non rimborsarla.

Art. 188. Nel caso di assicurazione sanitaria rimborsabile e nel caso in cui il collega abbia un altro mezzo di sussistenza oltre all' esercizio della Medicina, l' équipe sanitaria è libera di percepire l' onorario.

Art. 189. Nel processo di successione di un membro dell' équipe sanitaria senza eredi legittimi, l' équipe sanitaria che l' ha assistito ha il diritto di reclamarne l' onorario.

Art. 190. Ogni membro dell' équipe sanitaria ha il diritto di accettare la visita di un paziente, qualunque fossero i colleghi che previamente l' avessero assistito e indipendentemente dalle circostanze legate alla visita. L' atteggiamento segnala il grado di rispetto dell' Etica fra i colleghi.

Art. 191. Qualora un membro dell' équipe sanitaria fosse chiamato ad assistere un paziente sottoposto all' assistenza di un altro professionista, è obbligato a chiedere ai congiunti di darne comunicazione al collega e, nel caso in cui così non facessero, è eticamente corretto che egli stesso lo faccia.

Art. 192. Nel caso di sostituzione temporanea di un membro dell' équipe sanitaria da un collega, vanno previamente concordate le condizioni su come si regolerà tale situazione ed il sostituto è obbligato ad agire con il massimo rispetto nei confronti del collega e dei suoi assistiti.

Art. 193. Qualora un membro dell' équipe sanitaria avesse funzione amministrativa, direttiva, di coordinamento, di auditing ed altre, deve tener sempre presente il fatto che tratta con un collega il quale merita tutto il rispetto e considerazione, perché il membro dell' équipe sanitaria è sempre tale, in qualsiasi circostanza, e la società così lo riconosce e aspetta da lui un atteggiamento adatto all' Etica della professione.

Art. 194. È eticamente censurabile assumere la carica o la funzione di un collega licenziato per aver difeso diritti professionali legittimi, riconosciuti dalla Legge o dal Diritto dell' Équipe sanitaria.

Art. 195. È grave mancanza etica non rivelare crimini o vulnerare in frangenti estremi l' Etica professionale di un collega, nel cui caso tale circostanza va denunciata presso i Comitati di Etica, le Società scientifiche, le Associazioni di categoria oppure gli Ordini dei medici, riconosciuti dalla Legge.

Art. 196. Qualora un membro dell' équipe sanitaria occupasse una posizione dirigenziale, è tenuto a non impedire che i colleghi a lui subordinati agiscano e difendano i principi etici della professione.

Art. 197. Benché spettino al medico le decisioni probabilmente più significative nella cura della salute dei propri assistiti, tutti i membri dell' équipe sanitaria devono sempre ricordare la propria responsabilità, la quale non scompare per il fatto di lavorare con un insieme di professionisti facenti parte di un' équipe, e devono altresì rispettare le proprie competenze ed evitare di delegare le proprie responsabilità.

Art. 198. Nel caso in cui, per situazioni di urgenza per pazienti curati da un altro professionista (avvento coinciso), sostituzioni temporanee o tirocini, potessero insorgere situazioni di conflitto, devono essere ricordati e seguiti i criteri etici, e specificamente:

- a) il rispetto della priorità nell' arrivo;
- b) il limitarsi alle indicazioni precise di quel momento;
- c) evitare di trasferire assistiti al proprio ambulatorio curati in sostituzione;
- d) il rispetto delle indicazioni fornite dal medico di base - anche se non d'accordo con esse- e la loro discussione senza la presenza dell' assistito e dei suoi congiunti, evitando suggerimenti di questi ultimi per cambiare i ruoli originari. Con l' assistito fuori pericolo e con la presenza del medico di base, è dovere del

secondo medico allontanarsi o cedere l' assistenza, fermo restando la richiesta del collega di continuarla in forma congiunta;

- e) tutti i professionisti che rispondono ad una chiamata d'urgenza, indipendentemente da chi eseguisse l' assistenza, sono autorizzati a percepire l' onorario relativo alle diverse loro prestazioni.

Art. 199. Qualora il membro dell' équipe sanitaria lo ritenesse opportuno, può proporre l' intervento di un altro professionista in qualità di collaboratore e in tale circostanza la prestazione va eseguita congiuntamente. Il medico di base o generico dirige e sorveglia, ma l' assistenza deve prevedere ampia libertà di azione. È mancanza grave da parte del collaboratore spostare o cercar di spostare il medico di base nell' attuale assistenza o nella futura assistenza dello stesso paziente.

Art. 200. Nella cosiddetta Visita medica si mettono a prova il senso etico dei professionisti fra di loro ed il loro atteggiamento, i quali sono molto utili come esempio per l' apprendimento di colleghi più giovani con meno esperienza.

Art. 201. È eticamente censurabile il fatto che un membro dell' équipe sanitaria, per la propria gerarchia oppure per la carica occupata, eserciti alcuna pressione su altri professionisti che lavorano con lui per impedire loro di compiere i propri obblighi etici, dell' onore, dell' integrità e dei valori della professione.

Art. 202. Qualora un membro dell' équipe sanitaria fosse a conoscenza di obiezioni ai propri giudizi o alle proprie indicazioni da parte di altri membri dell' équipe sanitaria, è tenuto a farne prudente e rispettosa attenzione, cercando di arrivare al necessario accordo per superare il problema sulla base della ragione del migliore argomento.

Art. 203. È di particolare importanza il rapporto fra i membri dell' équipe sanitaria visto il significato delle loro attività nella cura, nel sollievo e nell' efficienza offerti all' assistito.

Art. 204. Vista la crescente complessità della vita contemporanea e delle prospettive future, è particolarmente rilevante la collaborazione, all' interno dell' équipe sanitaria, dei professionisti delle Scienze sociali e di Salute Mentale, la cui partecipazione completa il beneficio dell' assistenza dei pazienti.

Art. 205. I diversi membri dell' équipe sanitaria possono associarsi tra loro allo scopo di costituire un' équipe tecnica di gerarchia per il miglior svolgimento delle attività professionali.

Art. 206. È necessario capire la complessità e i costi delle cure sanitarie, per cui un buon rapporto con i professionisti dell' amministrazione dei servizi di assistenza sanitaria è imprescindibile.

Capitolo XIII

DEI RAPPORTI FRA I MEMBRI DELL' ÉQUIPE SANITARIA E L' ISTITUZIONE SANITARIA

Art. 207. I rapporti fra i membri dell' Équipe sanitaria e le Istituzioni sanitarie, siano esse pubbliche che private, mutualistiche, comunitarie, delle Forze Armate, devono essere etici ed armonici, nell' intento di evitare ogni coazione, specie se provocata da condizionamenti economici.

Art. 208. L' équipe sanitaria e l' Istituzione privilegiano l' assistenza del paziente che si presenta alla visita. Il medico curante è il responsabile nell' offrire a quest' ultimo l' adeguata assistenza fisica e psicologica, così come le dovute spiegazioni ai congiunti.

Art. 209. In nessun caso l' équipe sanitaria può accettare nessun tipo di discriminazione da parte dell' Istituzione in cui lavora.

Art. 210. L' équipe sanitaria, specie il Dirigente, sono responsabili della qualità dell' assistenza e hanno l' obbligo di informare e di chiedere alle autorità dell' istituzione dove svolgono le proprie attività, la soluzione di guasti o di carenze che compromettano in qualche forma l' atto medico. Il membro dell' équipe sanitaria non deve far parte di nessun progetto di assistenza che limiti le proprie capacità di decidere ciò che sia meglio per l' assistito.

Art. 211. I rapporti contrattuali fra l' Équipe sanitaria, da una parte, e l' Istituzione od ogni addetto alla Sicurezza sociale, dall' altra, assicurano la vigenza delle norme etiche fondamentali di dignità e di rispetto meritati dal professionista e dall' assistito. Occorre agire in modo che le Associazioni di categoria sorveglino l' adempimento delle norme.

Art. 212. Gli Ospedali e le Istituzioni con dipendenti dell' équipe sanitaria sono obbligati a promuovere l' ordine di merito dei medici dell' Ospedale, che prevede l' accesso per concorso aperto con stabilità, graduatoria e pensionamento, oltre alle condizioni specifiche. È consigliabile l' associazione sindacale, con degli statuti che difendano il lavoro professionale, purché non contraddittori con il presente Codice.

Art. 213. I membri dell' équipe sanitaria hanno il diritto ad una retribuzione degna. Le loro mensilità o l' onorario devono essere saldati nelle date opportunamente pattuite.

Non è mancanza etica il reclamo degli stessi in sede giudiziaria da parte del professionista se ciò fosse necessario.

Art. 214. Incorrono in grave mancanza etica le Istituzioni sanitarie e i loro dirigenti o amministratori qualora assumessero professionisti ed équipe di professionisti i cui membri non avessero i requisiti previsti da questo Codice. Lo stesso principio è applicabile nel caso in cui imponessero mansioni al di fuori delle funzioni o delle competenze di ogni professionista.

Art. 215. Le istituzioni sanitarie devono tenere le risorse e la struttura fisica nelle condizioni proprie e ambientali di lavoro come previsto dalla normativa in vigore in materia e con l' attrezzatura ed il materiale di biosicurezza che garantiscano la qualità dell' assistenza sanitaria e che prevengano le malattie di lavoro del personale addetto. All' uopo devono essere implementati sistemi di certificazione e di controllo della qualità.

Art. 216. Le istituzioni sanitarie e i loro dirigenti e amministratori, siccome sono i centri ospedalieri (pubblici, privati o mutualistici) che lavorano con una "popolazione soggetta", sono responsabili etici e legali del fatto che i prodotti medicinali forniti ai propri utenti abbiano i requisiti necessari a garantirne la qualità, indipendentemente dal metodo di acquisto.

Art. 217. Il segreto professionale e di confidenzialità sono diritti inalienabili degli assistiti; l' équipe sanitaria è obbligata a diventarne geloso custode. Le istituzioni sanitarie devono agire consensualmente con i professionisti per disciplinare il fatto che il contenuto delle relazioni e delle certificazioni impediscano la lesione dei predetti diritti, oltre a curare ogni forma che, all' interno dell' Istituzione, possa violare il segreto professionale.

Art. 218. Il controllo dei membri dell' équipe sanitaria è ammissibile soltanto se eseguito dai colleghi all' interno degli enti a cui appartengono.

Art. 219. I membri dell' équipe sanitaria alle dipendenze di istituzioni dell'area sono obbligati a difendere il proprio diritto di prescrivere liberamente. Hanno d'altronde l' obbligo dell' uso razionale dei mezzi diagnostici e terapeutici, evitando indicazioni smisurate o inutili (Medicina non necessaria).

Art. 220. È grave mancanza etica il fatto che un membro dell' équipe sanitaria sia legato a enti o ad aziende che producano, distribuiscano o smerchino farmaci, attrezzi monouso, protesi e/o attrezzature tecnologiche. Non può inoltre ricevere denaro o altre regalie per prescrivere determinati prodotti od effettuare procedure che comportino in qualche forma un accordo tacito per il beneficio pecuniario o promozionale dell' ente o dell' istituzione che lo propone.

Art. 221. I dirigenti di tutte le istituzioni sanitarie con ricovero stimoleranno la costituzione del Comitato di Etica professionale.

Art. 222. Indipendentemente dall' istituzione sanitaria in cui lavorano, i membri dell' équipe sanitaria osserveranno completamente i doveri professionali e amministrativi cui sono soggetti dal vincolo contrattuale.

Art. 223. Le istituzioni sanitarie non possono essere utilizzate per lotte politiche partitiche. Il professionista sanitario dirigente è tenuto a rispettare le disposizioni del presente Codice.

Capitolo XIV

DELLE NUOVE TECNOLOGIE INFORMATIVE E DELLE SCIENZE DELLA SALUTE

Art. 224. Ogni informazione sanitaria fornita attraverso le attuali o le future tecnologie in supporto elettronico si aggiusterà ai principi etici e alla normativa in vigore.

Art. 225. I siti di informazione sulla Medicina e sulla Salute hanno consentito ai medici, ad altri professionisti legati alla cura della salute, agli assistiti e ai consumatori di avere un veloce accesso all' informazione medica quantitativamente senza precedenti, circostanza che sta provocando una vera trasformazione nel rapporto Équipe sanitaria – Assistito.

Art. 226. Vi sono delle situazioni da prevedere in un tale processo, altrimenti può diventare lesivo. Tra l' altro è possibile segnalare: le profonde differenze nella qualità dei contenuti riscontrabili sul sito, gli interessi commerciali che vi influiscono e tutto quanto legato alla privacy.

Art. 227. Ciò porta alla necessità di stabilire una posizione etica rispetto alle nuove forme di comunicazione e con tale obiettivo sono stati segnalati principi riguardanti le caratteristiche dei contenuti, la pubblicità, il sostegno economico e tutto quanto ne assicuri la qualità, la privacy, la confidenzialità -ai professionisti e agli assistiti utenti di un sito- e garantisca l' esercizio del commercio elettronico effettivo e sicuro.

Art. 228. I principi poggiano su norme stabilite da istituzioni dal prestigio internazionale che da tempo lavorano nell' area, tra le quali: l' American Medical Association e l' Asociación Médica Argentina (Associazione Medica Argentina).

Art. 229. L' adesione a questi principi fondamentali facilita agli assistiti, al pubblico in generale e ai professionisti sanitari l' acquisto e l' utilizzo di informazione medica.

Art. 230. I principi etici valgono per tutta l' informazione contenuta nei siti, ivi compresi: testi, grafici, tavole, equazioni, testi orali e visivi nonché icone, barre, indicatori, elenchi e indici. Questi principi riguardano inoltre le funzioni che supportano i contenuti (ad es.: vincoli, ricerche, calcoli) e altri futuri.

Art. 231. Ogni informazione deve essere fornita da membri dell' équipe sanitaria o da enti qualificati, altrimenti tale circostanza verrà espressamente indicata. L' informazione fornita mira a complementare e non a sostituire il rapporto fra l' assistito ed il professionista di fiducia.

Art. 232. È d' obbligo indicare chiaramente la titolarità del sito e dei diritti d'autore.

Art. 233. Il sito deve fornire istruzioni circa la propria navigazione, le restrizioni nell' accesso all' informazione, se è necessario registrare il proprio nome, la chiave di protezione, gli abbonamenti e ogni altra informazione relativa alla privacy. Ogni sito deve essere fornito di un motore di ricerca o di uno strumento di navigazione appropriato per facilitarne l' uso, così come di istruzioni per l' uso e come seguire i diversi tipi di ricerca.

Art. 234. L' informazione deve essere controllata in funzione della qualità (includere: originalità, precisione e affidabilità) prima della pubblicazione. Il web editing clinico va controllato da un garante. È altresì obbligatorio specificare chiaramente le date di pubblicazione, di aggiornamento e di revisione, così come l' elenco delle persone o delle istituzioni che vi partecipano.

Art. 235. La complessità linguistica va adeguata agli utenti del sito e rivista quindi dal punto di vista grammaticale, ortografico e stilistico.

Art. 236. I vincoli di informazione interni ed esterni al sito vanno rivisti prima della pubblicazione e successivamente seguiti e controllati. Qualora essi non fossero funzionali, si procederà alla tempestiva correzione.

Art. 237. I siti non devono indirizzare gli utenti ad altri siti che gli stessi non tentassero di vedere.

Art. 238. Nel caso in cui l' informazione potesse venir copiata in un file, devono esserne fornite le istruzioni, le quali a loro volta saranno di facile esecuzione così come l' accesso al programma necessario. Dovrà risultarvi inoltre un vincolo con il predetto programma.

Art. 239. La pubblicità su un sito implica e garantisce, da parte dei responsabili del sito, la raccomandazione del prodotto, del servizio o della ditta, per cui i primi saranno

esposti a reclami eventualmente insorti, eccezion fatta per i prodotti per cui il sito indichi chiaramente di non assumerne alcuna responsabilità.

Art. 240. La pubblicità non può intervenire con il proposito, con l'informazione scientifica né con le decisioni di editoria.

Art. 241. È vietata la pubblicità adiacente all'informazione editoriale sullo stesso tema sia attraverso vincoli che direttamente sulla stessa pagina web.

Art. 242. L'utente deve avere l'opzione di cliccare o di non cliccare sull'annuncio. Gli utenti non verranno indirizzati ad un sito commerciale a meno che gli stessi non decidessero volontariamente di farlo.

Art. 243. Ogni supporto o materiale finanziario per l'informazione e altre tipologie di prodotti on line dovrà essere riconosciuto e chiaramente indicato nel sito o attraverso vincoli.

Art. 244. I membri dell'equipe sanitaria avranno sempre presente che le informazioni mediche informatizzate sull'assistito possono essere facilmente vilipese e addirittura lontano dal rapporto interpersonale, per cui sono tenuti a conoscere e a controllare che le informazioni introdotte nel sistema, qualunque sia la tecnologia di supporto, siano solo quelle pertinenti, necessarie e verificabili. All'uso verrà collocato, sulla pagina web principale oppure sulla barra di navigazione, un vincolo facilmente accessibile all'utente sulla politica sulla privacy e sulla confidenzialità del sito.

Art. 245. Tutte le informazioni raccolte nel sito, siano nomi, indirizzi di posta elettronica ed ogni informazione personale, dovranno essere utilizzate secondo regole legalmente approvate.

Art. 246. Il processo di scelta di ogni funzione che prevede la raccolta di informazione personale deve includere un'esplicita avvertenza e l'informazione personale così raccolta verrà conservata con la spiegazione su come e da chi verrà usata. La dichiarazione di scelta verrà inclusa in un documento breve e comprensibile all'utente.

Art. 247. Tutta l'informazione raccolta dal sito, quali nomi, indirizzi di posta elettronica ed ogni informazione personale, va fornita volontariamente dal visitatore, successivamente alla notifica sul potenziale uso di tale informazione.

Art. 248. Le informazioni mediche raccolte non saranno fornite né divulgate a terzi senza il consenso espresso delle persone da cui provengono.

Art. 249. Per agevolare la navigazione nel sito è possibile utilizzare file nascosti conservati nel computer dell'utente. Il sito deve informare nel caso in cui fosse necessario utilizzare tali file. Qualora l'utente avesse configurato il proprio ricercatore per non riceverli, ciò non ostacolerà la navigazione nel sito.

Art. 250. Le politiche sulla privacy e sulla confidenzialità relativamente alla posta elettronica sono riportabili alla normativa generale, per cui il visitatore non può disconoscerle e il sito non ne ha alcuna responsabilità. Gli indirizzi di posta elettronica e le lettere di informazioni devono prevedere l'opzione "cancellare l'abbonamento".

Art. 251. L'informazione ottenuta da assistiti che consenta l'identificazione della persona deve essere supportata dal Consenso informato esplicitamente espresso degli interessati e tale circostanza va indicata nella pagina web. Altre notizie seguono la normativa prevista per le pubblicazioni scientifiche.

Art. 252. Il commercio elettronico nell'area della Salute è regolato dai seguenti principi:

- a) va garantito all'utente del sito che le transazioni alle quali accede sono sicure ed efficienti;
- b) l'utente deve poter controllare l'informazione sulla transazione prima di effettuarla (informazione, prodotti, servizi, ecc.);
- c) occorre inviare un messaggio di posta elettronica con informazione sulla transazione;
- d) qualora il navigatore dell'utente non supportasse un collegamento sicuro, non saranno consentite transazioni finanziarie;
- e) i tempi di risposta e di adempimento verranno chiaramente indicati.

Art. 253. Nella vendita via Internet di medicinali è obbligatorio rispettare le figure del medico e del farmacista. Non è possibile scindere l'"atto medico" (visita medica) dalla prescrizione responsabile, legale ed etica.

Art. 254. L' implementazione della "ricetta elettronica", specie per le malattie croniche, consentirebbe il controllo del compromesso dell' assistito relativamente alla terapia indicata.

Art. 255. L' Associazione Medica Argentina è stata sempre contraria alla vendita diretta, senza la visita medica, dalla ditta produttrice di beni medici strumentali al consumatore, sano o malato, attraverso la pubblicità mediatica (orale, scritta, visiva, informatica) dei medicinali per i quali sia necessaria la diagnosi o la prescrizione professionale.

Art. 256. Nell' effetto cascata delle responsabilità sull' uso delle nuove tecnologie informatiche medico-sanitarie, lo Stato –attraverso i poteri Esecutivo, Legislativo, Giudiziario- ha l' obbligo di sorvegliare:

- i siti e le ditte che diffondono informazione sia per professionisti che per i comuni cittadini,
- la commercializzazione di beni strumentali e di medicinali sia per quanto riguarda l' autorizzazione commerciale di un medicinale sia per la vendita dello stesso attraverso farmacie virtuali,
- la pubblicità e la diffusione su Internet con effetti diretti sulla popolazione.

Art. 257. I titolari della Pagina web, indipendentemente dal luogo in cui abbiano sede il sito principale e le sue copie, sono responsabili legali ed etici dell' informazione, essendo obbligati a rispondere per ogni danno eventualmente provocato direttamente o indirettamente nei confronti della popolazione in generale oppure di un cittadino in particolare. Nell' affermare ancora una volta il concetto secondo il quale la salute è responsabilità di tutti, siano membri dell' équipe sanitaria o meno, nessuno nel far parte della comunità, può intendersi escluso dai propri doveri. Nessuno può riconoscersi un semplice intermediario non responsabile.

Art. 258. Indipendentemente dal destinatario, sono inclusi nell' effetto cascata delle responsabilità tutte le persone e gli enti legati alla catena di produzione o di diffusione di informazione su temi sanitari, per gli effetti che potrebbe avere tale informazione, essendo quindi fondamentale la sorveglianza del rispetto della privacy e della confidenzialità ai sensi del presente Codice.

Capitolo XV

DELLE ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI SCIENTIFICHE

Art. 259. È obbligo delle Associazioni professionali scientifiche preservare i principi etici formatori dell' Etica professionale quali : il rispetto alla vita e alla dignità di tutti gli esseri umani, senza alcuna eccezione, il senso del lavoro professionale come servizio, la vocazione scientifica della Medicina, l' indipendenza di ogni membro dell' équipe sanitaria per decidere coscientemente ciò che deve fare per l' assistito, la difesa del rapporto équipe sanitaria – assistito e la confidenzialità. Questi principi immutabili sono la garanzia di una Medicina sempre umana e scientifica.

Art. 260. È obbligo delle Associazioni professionali scientifiche propendere, con tutti i mezzi idonei, allo sviluppo e al progresso scientifico della Medicina, rafforzandone la funzione sociale.

Art. 261. È obbligo delle Associazioni professionali scientifiche mantenersi attente e sensibili ai cambiamenti avvenuti nel loro seno e nella popolazione che influiscono sulle norme che regolano l' esercizio della professione quali, tra l' altro: gli impulsi sociali, i cambiamenti culturali, i problemi etici conseguenti all' applicazione delle nuove biotecnologie, ciò che è mediatico.

Art. 262. Sono obblighi delle Associazioni professionali scientifiche: lavorare per l' ottima reputazione della professione e per la creazione ed il mantenimento di condizioni degne di vita e dell' ambiente, e definire i limiti ed i benefici che i nuovi progressi della Medicina possono offrire ai cittadini.

Art. 263. È obbligo delle Associazioni professionali scientifiche facilitare la partecipazione attiva dei membri dell' équipe sanitaria, da una parte, alla progettazione scientifica, all' implementazione e al controllo delle politiche, ai piani e ai programmi per l' Assistenza della Salute dello Stato o della propria area, secondo il criterio di distribuzione solidale ed equa delle risorse; e dall' altra, facilitare la partecipazione alle diverse fasi necessarie all' approvazione di nuove prassi e/o tecniche della Salute.

Art. 264. Sebbene non sia una specifica funzione delle Associazioni scientifiche, queste devono dare il proprio parere e difendere tutto quanto concernente il lavoro dell' équipe sanitaria (questioni professionali) e ogni membro dell' équipe sanitaria deve

sentirsi obbligato ad adoperarsi per il prestigio delle associazioni alle quali ha liberamente aderito.

Art. 265. È obbligo delle Associazioni professionali scientifiche stimolare l' eccellenza nella formazione dei professionisti della Sanità e collaborare con i mezzi a disposizione all' educazione continua etica e scientifica dei professionisti.

Art. 266. È consigliabile la partecipazione molto attiva delle Associazioni professionali scientifiche alla progettazione di politiche di sviluppo di risorse umane adeguate ai bisogni del territorio.

Art. 267. È obbligo delle Associazioni professionali scientifiche stimolare i rapporti scientifici attraverso lo scambio culturale con associazioni mediche nazionali ed estere affini, con l' obiettivo di offrir loro e di conoscere le nuove conquiste raggiunte dalla scienza medica.

Art. 268. È obbligo delle Associazioni professionali scientifiche prevedere meccanismi di comunicazione comunitari per difendere l' interesse prioritario qual è un adeguato livello di salute ai propri assistiti. Negli organi di diffusione devono risultare gli aspetti etici specifici delle attività.

Art. 269. In materia di pubblicazioni scientifiche costituiscono mancanza etica le seguenti situazioni:

- a) diffondere anticipatamente o in modo sensazionalista procedure dall' efficacia esagerata o non ancora accertata;
- b) falsare o inventare dati;
- c) plagiare quanto pubblicato da altri autori;
- d) dare il proprio parere su aspetti in cui non si abbia la competenza;
- e) includere quali autori persone che non abbiano sostanzialmente contribuito alla progettazione né all' esecuzione del lavoro;
- f) pubblicare in più occasioni gli stessi testi quali originali.

Art. 270. È obbligo delle Associazioni professionali scientifiche facilitare la costituzione di Comitati di Etica per chiedere il loro parere su diversi protocolli di ricerca.

Art. 271. I membri dell' équipe sanitaria sono obbligati a comunicare prioritariamente alla stampa scientifica le scoperte o le conclusioni conseguenti alle proprie ricerche.

Prima della divulgazione al pubblico non medico devono sottomettere i risultati ai colleghi scientifici.

Art. 272. È obbligo delle Associazioni professionali scientifiche sorvegliare e denunciare, secondo le proprie possibilità, ricerche discriminatorie con esseri umani e le ricerche effettuate in altri paesi non osservanti la normativa etica.

Art. 273. È obbligo delle Associazioni professionali scientifiche informare i cittadini sul fatto che l' eccesso di reclami giudiziari non giustificati ha dato luogo ad una Medicina non necessaria e difensiva, la quale ha sconvolto il rapporto équipe sanitaria – assistito.

Art. 274. Visto che uno dei fattori più stimolanti dei reclami giudiziari non giustificati è l' ingente possibilità di litigare senza spese, è etico che le Associazioni professionali scientifiche difendano la rigorosa regolamentazione di questo beneficio e, nel caso in cui sia fattibile, l' esperimento delle domande attraverso il Pubblico Difensore e l' esecuzione delle perizie da parte di enti legalmente riconosciuti.

Art. 275. Le Associazioni professionali scientifiche sorvegliano dalla Etica, e in forma permanente, gli interessi insorti tra l' industria e la commercializzazione, da una parte, e gli scienziati, dall' altra.

Art. 276. Le Associazioni professionali scientifiche svolgeranno attività accademiche in modo da equilibrare tendenze o ideologie dell' attuale bioetica.

Art. 277. L' Associazione Medica Argentina e la Società di Etica Medica adotteranno le misure necessarie per l' aggiornamento del presente Codice a seconda dell' evoluzione della conoscenza e della ripercussione dello stesso negli atteggiamenti etici della professione.

Capitolo XVI

DEI SINDACATI

Art. 278. Le attuali condizioni dell' esercizio della Medicina si inquadrano anche nel carattere sindacale, visto il numero dei professionisti che esercitano il proprio lavoro quali dipendenti.

Art. 279. Ogni membro dell' équipe sanitaria ha il diritto di aderire liberamente ad un sindacato. È grave mancanza etica l' adesione a due o più sindacati dai principi o dai mezzi di realizzazione dei principi opposti.

Art. 280. L' adesione comporta il riconoscimento dei doveri da parte dei soci relativamente alla funzione oggettiva del Sindacato.

Art. 281. Il principale obiettivo dei Sindacati è quello di difendere le condizioni di lavoro che influiscono sulla stabilità lavorativa dei membri dell' équipe sanitaria, siano esse materiali, geografiche, di habitat, intellettuali, legali e addirittura spirituali, con diretta ripercussione nei professionisti stessi, nelle loro famiglie oppure nei cittadini.

Art. 282. Visto che il lavoro dei membri dell' équipe sanitaria poggia attualmente e fondamentalmente sul rapporto di dipendenza da terzi (lo Stato, le Mutue, le assicurazioni sanitarie private), i Sindacati sono obbligati a fornire ai professionisti i mezzi necessari per lavorare saldamente supportati dalle Istituzioni, dalla formazione, dalle garanzie individuali e collettive e dalla protezione legale e per seguire così i propri principi e contenuti dal punto di vista etico e istituzionale. All' uopo sono molto utili i comitati di lavoro su argomenti specifici.

Art. 283. Visto che in generale gli attuali Sistemi sanitari hanno portato ad una progressiva disistima e depauperamento del lavoro dell' équipe sanitaria, a sua volta recante ad una sempre maggiore condizione di mancata tutela con rischi per gli stessi e per le loro famiglie, i Sindacati sono obbligati ad attuare iniziative idonee alla creazione di sistemi etici di Sicurezza sociale che proteggano e difendano i diritti loro riconosciuti quali lavoratori.

Art. 284. I membri dell' équipe sanitaria, qualunque sia la propria posizione professionale e gerarchica, sono obbligati a rispondere alle Associazioni o ai Sindacati a cui avessero aderito, dovendosi sentirsi membri partecipanti alle decisioni e agli

statuti da essi approvati e ai quali dovranno sottomettersi nella forma e nel contenuto principale qual è il bene comune della comunità dei soci, evitando ogni atteggiamento che favorisse interessi privati o di gruppo, specie per gli atteggiamenti mossi da interessi materiali o di abuso del potere.

Art. 285. È obbligo dei Sindacati difendere i professionisti lesi nell' esercizio della professione nell' ambito delle istituzioni di assistenza a cui appartengono, sia negli aspetti lavorativi -per i costanti cambiamenti nei contratti e nelle convenzioni collettive- sia in quegli aspetti legati alla Giustizia (Responsabilità legale).

Art. 286. È obbligo dei Sindacati e dei loro soci stimolare ogni possibilità di cambiamento e di crescita professionale e coordinare iniziative affinché l' Etica sia percepita quale "atto dell' azione medico-sanitaria" tra i colleghi e dai colleghi nei confronti dei cittadini, in un ambito spontaneo di autoregolazione.

Art. 287. Qualora un membro dell' équipe sanitaria fosse eletto ad una carica sindacale, sarà obbligato ad agire onestamente nel beneficio di tutti. Le facoltà di rappresentanza o esecutive del dirigente sindacale non possono oltrepassare i limiti della delega conferita e, di fronte a mancata specificazione di poteri, è tenuto ad agire concordemente con lo spirito di rappresentanza e ad referendum.

Art. 288. Ogni membro dell' équipe sanitaria con funzioni sindacali dovrà avere chiari concetti di fronte a situazioni di conflitto inter partes, dovendo assumere una specifica posizione e manifestare il proprio parere, perché in ciò consiste la sua funzione. Non può eludere i conflitti ma è obbligato ad affrontarli con onestà e chiarezza.

Art. 289. Ogni rapporto con lo Stato, con le compagnie di assicurazione, con le Mutue, con le società di beneficenza ed altre, va regolato attraverso il Sindacato al quale ci si appartiene, il quale si occuperà della giusta assunzione di cariche per concorso, graduatorie, stabilità della carica, pensionamento, onorari, cooperative e altri aspetti. In nessun caso il membro dell' équipe sanitaria può accettare convenzione o contratto professionale per servizi di competenza generica non previsti da un Sindacato.

Art. 290. Nessun membro dell' équipe sanitaria offrirà il proprio nome a persona non autorizzata da autorità competente per svolgere attività sanitarie né collaborerà con i professionisti puniti dalla normativa in vigore nonché dalle norme di cui al presente Codice, durante il decorso della pena.

Art. 291. Chiunque eserciti funzioni dirigenziali è tenuto a rispettare il segreto relativamente alle notizie di cui sia venuto a conoscenza.

Art. 292. I membri dell' équipe sanitaria sono obbligati a denunciare presso i Sindacati chiunque non essendo un professionista sanitario svolgesse attività proprie della professione.

Art. 293. Nessun membro dell' équipe sanitaria può sottoscrivere contratto non valutato dal Sindacato.

Art. 294. È importante che nell' inviare gli assistiti all' ospedale non siano lesi gli interessi di nessun collega, tra i quali quelli economici. È vietata la concorrenza sleale con gli altri colleghi attraverso l' ospedale, sia esso mutualistico, comunitario, di beneficenza oppure statale.

Art. 295. È contrario all' Etica lo spostamento o la pretesa di spostamento, attraverso ogni mezzo che non sia il concorso e con la rispettiva rappresentanza sindacale, di un collega occupante una carica pubblica o privata, ospedaliera o altro.

Art. 296. È contrario all' Etica e quindi vietato sostituire nelle cariche i membri dell' équipe sanitaria in ospedali, cliniche e altre istituzioni, se allontanati senza giusta causa e senza previa procedura amministrativa con diritto a scarico; soltanto il Sindacato può autorizzare espressamente ed in forma provvisoria le eccezioni di questo divieto.

Art. 297. Il membro dell' équipe sanitaria azionista di una compagnia di assicurazioni in conflitto con il Sindacato è obbligato a seguire le decisioni adottate dal Sindacato nonostante fossero contrarie agli interessi della propria azienda e nel caso in cui il soggetto fosse un dirigente sindacale, è obbligato a dimettersi durante il decorso del conflitto.

Art. 298. Ritenuto che i professionisti dell' équipe sanitaria sono cittadini, i medesimi godono degli stessi diritti previsti dagli articoli della Costituzione della Repubblica, incluso il "diritto a scioperare".

Art. 299. Le regole particolari emergenti dall' esercizio professionale dei membri dell' équipe sanitaria non possono essere ignorate, poiché non è un'attività nella quale sia possibile alcuna libertà senza requisiti basilari. Queste regole si fondano sui seguenti criteri:

- a) libertà di sindacalizzazione;
- b) azione in difesa dei propri diritti attraverso il sindacato al quale ci si appartiene;
- c) i motivi della possibilità di sciopero poggiano soltanto su ragioni sindacali debitamente fondate che compromettano l' équipe sanitaria e una volta falliti altri metodi di soluzione dei conflitti;
- d) lo sciopero è inoltre etico qualora i responsabili dell' organizzazione ne dessero avviso ai cittadini attraverso i diversi mezzi di comunicazione di massa -con un anticipo di almeno 3 (tre) o 4 (quattro) giorni per quelli a decisione improvvisa, e almeno 7 (sette) a 10 (dieci) giorni per gli scioperi programmati- assicurassero e rafforzassero l' assistenza dei ricoverati, delle urgenze e delle emergenze (concetto di popolazione soggetta);
- e) gli stessi membri dell' équipe sanitaria sono obbligati ad assumere la responsabilità di determinare il carattere di urgenza o di emergenza degli assistiti.

Art. 300. Fa parte dell' "Etica inter pares" la difesa dei diritti sindacali, e ancor di più nel senso che non possono essere negati il riconoscimento sociale ed il peso che nella comunità ha l' équipe sanitaria. Ciò nonostante, vista la formazione altruistica e disinteressata dei professionisti della sanità, saranno rispettati il diritto di non scioperare e il lavoro dei professionisti che non ne aderissero o qualora fossero in atto meccanismi alternativi di superamento dei rapporti conflittuali. In nessun caso verranno utilizzati gli assistiti da veicolo per assicurare il successo delle richieste (Concetto di popolazione soggetta indifesa).

Art. 301. L' Associazione Medica Argentina aderisce alla raccomandazione dell' Associazione Medica Mondiale secondo la quale sono condannati i datori di lavoro dei membri dell' équipe sanitaria che pagano gli stipendi o l' onorario al di sotto del livello di mercato, in condizioni di lavoro inferiori alla dignità professionale, e che li costringono moralmente a non esercitare il diritto di sciopero.

Capitolo XVII

DELL' ONORARIO DELL' ÉQUIPE SANITARIA

Art. 302. I membri dell' équipe sanitaria hanno il diritto di ricevere una retribuzione economica per il lavoro svolto visto che essa è la loro regolare forma di sussistenza. Il servizio offerto deve beneficiare chi lo riceve e i membri stessi, in nessun caso altre persone aventi la pretesa di sfruttare commercialmente la prestazione.

Art. 303. L' onorario percepito deve essere degno, indipendentemente dal pagatore, sia esso lo Stato, la mutua, l' assicurazione sanitaria privata oppure lo stesso assistito.

Art. 304. I membri dell' équipe sanitaria agenti quali massimi responsabili o capi di équipe, in qualsiasi dei sistemi di assistenza sanitaria (pubblica, mutualistica o privata), sono obbligati ad adoperarsi perché l' équipe sanitaria percepisca l' onorario professionale degno.

Art. 305. L' onorario dell' équipe sanitaria può costituire causa di conflitto inter partes, per cui l' atteggiamento professionale deve essere accurato specie in questo aspetto.

Art. 306. L' équipe sanitaria fissa i propri onorari sulla base dei seguenti criteri:

- a) onestà, senso comune ed equità sociali, entro i limiti della propria professione;
- b) esperienza medica e prestigio scientifico;
- c) la posizione economica e sociale dell' assistito, ad eccezione delle situazioni in cui vi sono onorari contrattualmente prestabiliti.

Art. 307. L' onorario di ogni membro dell' équipe sanitaria deve essere previamente pattuito con gli assistiti e riscosso individualmente. È grave mancanza etica trattenere l' onorario di colleghi con qualsiasi pretesto.

Art. 308. È grave mancanza etica la riscossione dell' onorario in forma frazionata per atti supplementari che trasformano l' atto medico in un processo mercantile, ad eccezione di previo accordo in virtù delle variabili terapeutiche poste da certe malattie.

Art. 309. È contraria all' Etica la partecipazione all' onorario per accordo tra colleghi o con aziende farmaceutiche, centri specialistici o altri simili.

Art. 310. Qualora un membro dell' équipe sanitaria avesse un rapporto contrattuale o di fatto con un ente di servizi sia esso pubblico, mutualistico, assicurazione sanitaria privata o privato, è obbligato a non percepire nessun pagamento diretto dall' assistito, tranne il caso in cui una convenzione previa così lo prevedesse. È obbligato altresì a non suggerire all' assistito di diventare un paziente privato.

Art. 311. È grave mancanza etica nell' ambito dell' assistenza pubblica e privata la partecipazione attiva alla raccolta di fonti di finanziamento per l' Ente della riscossione (Stato, Cooperative e altri) non previsti dalla Legge.

Art. 312. È grave mancanza etica –potendo arrivare all' inosservanza delle norme previste dal Codice Civile- dichiarare falsamente su documenti, sia nel proprio beneficio che nel beneficio dell' assistito o di entrambi.

Art. 313. Le situazioni denunciate relativamente all' aspetto dell' onorario costituiscono materia dei Comitati di Etica a livello istituzionale e opportunamente del Sindacato, il quale procederà nel rispetto delle competenze riconosciute dalla normativa in vigore.

Art. 314. L' assistenza gratuita deve limitarsi ai casi di stretta parentela, intima amicizia, assistenza fra colleghi e disagio economico manifesto. In quest' ultima circostanza non è mancanza etica negare l' assistenza sotto forma privata se ci fosse in loco un servizio sanitario pubblico con opportuno accesso.

Art. 315. La partecipazione a un dato "atto medico" da parte di un membro dell' équipe sanitaria a richiesta dell' assistito o dei congiunti, in una prestazione eseguita da terzi, dà diritto al primo a un onorario speciale.

Art. 316. Le richieste di assistenza a mezzo lettera, posta elettronica od ogni altro metodo che in futuro si sviluppasse, che producono il parere e la presa di decisione del professionista, sono ritenute uguali all' assistenza in ambulatorio e danno il diritto alla riscossione dell' onorario.

Art. 317. Nel caso di mancato pagamento dell' assistenza professionale da parte dell' assistito o dei congiunti oppure dell' istituzione sanitaria a cui appartengono, è possibile porgere reclamo giudiziario senza che ciò comprometta in nessun modo il buon nome dell' attore. È consigliabile, benché non obbligatorio, darne comunicazione

al Sindacato o richiedere a questo la consulenza per il reclamo legale in ambito giudiziario.

Capitolo XVIII

DELLA PUBBLICITÀ SUI PROFESSIONISTI DELL' ÉQUIPE SANITARIA

Art. 318. Non è contraria all' Etica la pubblicazione di annunci di carattere professionale purché rispettino la serietà e la discrezione proprie dell' attività dell' équipe sanitaria esercitata con responsabilità.

Art. 319. Il professionista può offrire i propri servizi per mezzo di annunci dalle dimensioni e dai caratteri discreti, limitandosi a segnalare nome, cognome, titoli scientifici e accademici, cariche ospedaliere o affini, orario di visita, indirizzo, telefono, posta elettronica od ogni altro sistema di comunicazione che in futuro si creasse. Occorre evitare la promessa di prestare servizi gratuiti e non offrirli e riferire l' onorario atteso.

Art. 320. È mancanza etica, da parte di un membro dell' équipe sanitaria, l' annunciarsi quale specialista di un' area della Medicina utilizzando titoli non riconosciuti dalle Associazioni scientifiche e/o accademiche o che facciano riferimento a specialità non riconosciute dal Ministero della Salute.

Art. 321. È vietato fare promesse di guarigione infallibili, utilizzare medicine o seguire procedure annunciate segrete, trascrivere ringraziamenti degli assistiti o promuovere la propria attività attraverso sistemi di pubblicità equivalenti ad annunci commerciali (cartelli, insegne luminose o simili). È vietato applicare nuovi sistemi o nuove procedure speciali, terapie o modifiche ancora in discussione e della cui efficacia le istituzioni ufficiali o scientifiche non abbiano ancora dato la loro definitiva approvazione.

Art. 322. Soltanto chi avesse il titolo accademico di Dottore e/o di Professore nelle diverse branche della Medicina può far risultare tale circostanza su ricettari e timbri.

Art. 323. È vietato utilizzare per la pubblicità diretta al pubblico non medico quale promozione personale dell' autore o di un' istituzione articoli, conferenze, interviste o altre attività di divulgazione scientifica. L' informazione si limiterà ai dati concreti che i cittadini hanno bisogno di conoscere.

Art. 324. Ogni membro dell' équipe sanitaria è obbligato a vegliare perché il proprio nome non sia esposto in luoghi che compromettano la serietà della professione né appaia sulla stampa o nei mezzi di comunicazione televisivi o radiofonici con il dovuto

rispetto alla qualità professionale e alla qualità e al prestigio di altri professionisti esercenti simili attività.

Art. 325. È contrario all' Etica la partecipazione ad attività di divulgazione scientifica la cui serietà possa essere discussa, particolarmente in argomenti capaci di provocare distorte interpretazioni da parte dei cittadini in generale.

Art. 326. È grave mancanza etica e costituisce mancata osservanza delle prescrizioni di Legge la pubblicità velata attraverso mass media in cui risultino nomi, specialità e numero di telefono, relativamente a commenti su terapie di diverse malattie.

Art. 327. È grave mancanza all' Etica professionale promettere prestazioni gratuite e indicare esplicitamente o implicitamente onorari.

Capitolo XIX

DELLA FUNZIONE PUBBLICA E DELL' ÉQUIPE SANITARIA

Art. 328. L' oggetto della funzione pubblica è il bene comune poggiato sui principi della Costituzione della Repubblica, sui Trattati internazionali ratificati dallo Stato e sulle relative norme di attuazione. Il funzionario pubblico deve essere leale allo Stato attraverso le istituzioni democratiche di governo e tale lealtà deve superare i propri legami con persone, partiti politici ed enti di qualunque natura.

Art. 329. Visto che la Salute è un diritto di tutti i cittadini che lo Stato è obbligato a prioritizzare, ogni membro dell' équipe sanitaria agente da "pubblico funzionario", in qualunque ambito dello Stato, è obbligato a indirizzare la propria gestione verso la progettazione di fatti concreti perché l' "equilibrio psico-fisico-socio-culturale" di tutti i cittadini sia raggiunto. Lo sviluppo sociale con criterio solidale è la base di una buona Funzione pubblica nell' area della Salute.

Art. 330. Per "Pubblica funzione" si intende ogni attività temporanea o permanente, retribuita o ad honorem, effettuata da un membro dell' équipe sanitaria già scelto, nominato o eletto per agire a nome dello Stato (centrale, regionale o comunale) oppure al servizio dello Stato e dipendenze e uffici, in qualsiasi livello gerarchico.

Art. 331. Ogni persona non appartenente all' équipe sanitaria che accettasse di essere assunta quale pubblico funzionario in qualunque area legata alla salute diventa immediatamente Agente nell' area della Salute, per cui è sottomessa alle disposizioni del presente Codice a pari condizioni dei membri dell' équipe sanitaria, impegnandosi incondizionalmente alla costruzione dello Stato di benessere per i cittadini.

Art. 332. Il pubblico funzionario è obbligato ad agire correttamente e con onestà, a procurare la soddisfazione dell' interesse generale e a rifiutare ogni beneficio o vantaggio personale conseguito per sé oppure per interposta persona.

Art. 333. Il membro dell' équipe sanitaria che accettasse di svolgere una pubblica funzione deve essere idoneo e quindi avere l' attitudine tecnica, legale e morale consonante con la funzione da svolgere. Nessun membro dell' équipe sanitaria dovrebbe accettare una carica per la quale non avesse le conoscenze né l' attitudine necessarie.

Art. 334. Quanto più alta è la qualifica del funzionario pubblico medico-sanitario, maggiore responsabilità ha nell' osservanza di queste norme. Il funzionario è obbligato a seguire una continua formazione e un costante aggiornamento tecnico-amministrativo per il miglior svolgimento delle funzioni.

Art. 335. Il membro dell' équipe sanitaria esercente una pubblica funzione è obbligato a conoscere, a osservare e a far osservare la Costituzione della Repubblica, le leggi e le norme che regolano l' attività. È altresì obbligato ad agire secondo i criteri di equità e di giustizia sociale e ad astenersi da ogni atteggiamento che possa condizionare la propria indipendenza di criterio nella presa di decisioni nello svolgimento delle funzioni.

Art. 336. Il membro dell' équipe sanitaria agente da pubblico funzionario è obbligato a dire la verità e ad essere prudente relativamente alla propria équipe di lavoro pubblico e ai privati. Fermo restando l' obbligo di rispettare gli obblighi inerenti alla propria carica, è altresì obbligato a gestire discretamente i fatti e l' informazione ottenuta nell' esercizio delle funzioni. Dovrà scusarsi in tutte le circostanze in cui potessero insorgere conflitti di interessi.

Art. 337. Qualora un membro dell' équipe sanitaria ricoprisse una carica pubblica, sia nell' ambito del Potere Esecutivo che di quello Legislativo, la cui qualifica e il cui impegno sociale lo costringessero a interessarsi in forma esclusiva, è obbligato a cessare con l' attività di assistenza.

Art. 338. Qualora un membro dell' équipe sanitaria fosse assunto dallo Stato (Esecutivo, Legislativo), gli obblighi dovuti a quest'ultimo non lo esimono dai doveri rispetto ai colleghi, all' interno del proprio ambito di azione, per cui è obbligato a difendere:

- a) il diritto di libertà religiosa o politica;
- b) il diritto di aderire liberamente ad un sindacato e di difendere gli interessi del proprio settore;
- c) il diritto alla difesa legittima e all' esaurimento dell' istanza amministrativa previamente ad ogni licenziamento;
- d) il diritto di continuità lavorativa e di graduatoria nelle istituzioni statali;
- e) il diritto di rispetto del principio e della normativa in vigore sui concorsi aperti.

Art. 339. Qualora un membro dell' équipe sanitaria agisse da funzionario dello Stato, dovrà tener sempre presente che i documenti redatti durante la gestione appartengono

allo Stato, per cui è obbligato a prevedere misure di sicurezza per la loro conservazione.

Art. 340. È grave mancanza etica da parte di un pubblico funzionario nell' area della Salute cambiare il nome delle specialità sanitarie invocando ragioni di capacità senza avere il consenso previo delle diverse associazioni scientifiche e accademiche medico-sanitarie.

Art. 341. Il pubblico funzionario agente nell' area della Salute al quale fosse imputata la commissione di un reato di azione pubblica, è obbligato a facilitare le indagini e a implementare misure amministrative e giudiziarie necessarie al chiarimento della situazione per salvaguardare la propria onorabilità e la dignità della carica.

Art. 342. Il pubblico funzionario agente nell' area della Salute è obbligato a denunciare presso chi avesse una qualifica superiore o presso le autorità di competenza, gli atti venuti a sua conoscenza con motivo o in occasione dell' esercizio delle proprie funzioni e che potessero arrecare danno allo Stato o costituire reato o inosservanza di qualunque disposizione di cui al presente Codice.

Art. 343. Il pubblico funzionario agente nell' area della Salute è obbligato a offrire ai cittadini un' assistenza etica della salute con un approccio integrale della persona, continuativo in tutte le età della vita e con criterio solidale ed imparziale (Principio di Giustizia).

Capitolo XX

DEI MEMBRI DELL' ÉQUIPE SANITARIA QUALI PERITI E TESTIMONI ESPERTI

Art. 344. Lo scopo di una perizia è quello di offrire informazione di carattere specialistico a chi la richiede e che la riceve in qualità di tale relativamente ad argomenti sui quali quest' ultimo non ha la formazione.

Art. 345. Nel caso particolare delle perizie giudiziarie è il potere giurisdizionale nella persona del Giudice quello che richiede l' intervento di un perito e ne fissa i limiti.

Art. 346. Nel caso di periti psichiatri può insorgere un conflitto, poiché l' Etica specifica impedisce a questi professionisti di violare il segreto professionale conseguente al rapporto interpersonale stabilito. Ciò nonostante il perito è obbligato in questi casi a rispettare il parere dell' organo giurisdizionale e le sue funzioni nella ricerca di soluzioni di conflitti di carattere legale.

Art. 347. Il perito è obbligato a informare sul soggetto, non sui fatti, per cui non dovrebbero insorgere problemi di coscienza, perché chi abilita il suo intervento è il Giudice e quindi sottostà nell' ambito del diritto pubblico, in cui gli ordini giudiziari devono essere osservati.

Art. 348. L' assistenza psicologica può fornire al Giudice elementi importanti per un provvedimento più appropriato, e nel caso in cui il perito sia a conoscenza di possibili ripercussioni per il soggetto (minorenni), sebbene questa informazione non sia terapeutica, ma legata all' Etica professionale del perito, è obbligato a comunicare tale circostanza al Giudice.

Art. 349. La relazione deve essere chiara e comprensibile al comune cittadino, anche se in certe occasioni possa insorgere qualche difficoltà tra il linguaggio forense e le correnti psicologiche dell' interpretazione della condotta umana.

Art. 350. Altre situazioni di perizie quali assicurazioni, esami fisico-mentali, autopsie di carattere medico-legale esigono in ogni caso l' osservanza delle norme previste per il segreto professionale di cui al presente Codice da parte di funzionari della sanità o dai dichiaranti di malattie infettive e contagiose.

Art. 351. È grave mancanza etica che il membro dell' équipe sanitaria agisca da perito con persone della propria famiglia o con le persone con cui abbia rapporti che possano influire sull' imparzialità della funzione peritale.

Art. 352. L' aumento della quantità delle cause per responsabilità legale ha reso necessaria la deposizione di testimoni professionisti sanitari quali esperti e quindi è imprescindibile definirne condizioni e qualifiche.

Art. 353. Il membro dell' équipe sanitaria agente da esperto è obbligato a:

- a) essere iscritto all' associazione professionale di categoria della giurisdizione nella quale viene citato;
- b) essere in possesso del titolo di specialista rilasciato da ente regolarmente e all' uopo riconosciuto e la specialità deve essere appropriata al caso;
- c) essere a conoscenza e agire nella prassi clinica specializzata sull' argomento in cui si richiede il suo parere;
- d) richiedere l' onorario secondo il compito ed il tempo che l' attività da testimone esperto qualificato gli abbia richiesto.

Art. 354. Il membro dell' équipe sanitaria agente in qualità di perito è obbligato ad essere imparziale e a trattenersi dal far parte sia dell' accusa che della difesa.

Art. 355. Il membro dell' équipe sanitaria agente in qualità di perito è obbligato a compiere i maggiori sforzi per distinguere tra negligenza (prestazione al di sotto degli standard ordinari) e fatto medico sfortunato (complicanze insorte sulla base della mancata certezza medica).

Art. 356. È grave mancanza etica agire in queste circostanze senza conoscere le norme della prassi medica note al momento della causa.

Art. 357. Il membro dell' équipe sanitaria esperto è obbligato ad essere preparato per discutere metodiche e punti di vista alternativi, sempre sulla base del rispetto etico e legale nei confronti della verità, visto che da essa dipende normalmente la prova di innocenza o di colpevolezza dell' accusato.

Capitolo XXI

DELL' INDUSTRIA E DEL COMMERCIO NELL' AREA DELLA SALUTE

Art. 358. Essendo la salute responsabilità di tutti, le ditte, gli organismi e i loro titolari e lavoratori, poiché agiscono nell' area della Salute, diventano Agenti nell' area della Salute e sono obbligati a privilegiare gli interessi dei cittadini su quelli privati (Responsabilità sociale). Occorre prevedere l'effetto cascata delle responsabilità nell' area della Salute. La produzione, la commercializzazione e l' intermediazione medico-sanitarie devono essere responsabili, legali ed etiche.

Art. 359. Lo sviluppo e la crescita dell' industria e del commercio nell' area della Salute in Argentina devono essere promossi nel rispetto delle norme sanitarie, ecologiche e secondo l' inquadramento legale e amministrativo in vigore.

Art. 360. L' interazione fra l' area della Salute e l' area dell' Industria e del Commercio è un processo continuativo, indirizzato fondamentalmente al massimo potenziamento dei benefici sociali dalle stesse conseguiti. Ci può essere soltanto un obiettivo: il miglioramento della salute dei cittadini contestualmente al miglioramento dell' economia.

Art. 361. È vietato svolgere simultaneamente la Medicina assistenziale e attività legate a ditte di prodotti farmaceutici oppure in imprese produttrici o che provvedano a commercializzare attrezzature mediche, in qualità di titolare, socio, azionista o promotore.

Art. 362. All' interno della ditta, il membro dell' équipe sanitaria può agire da dipendente responsabile di un laboratorio per lo sviluppo di prodotti, da dirigente del Dipartimento scientifico, da responsabile della formazione del personale di promozione di prodotti e svolgere altre attività simili e compatibili con l' esercizio della professione a livello istituzionale o privato.

Art. 363. È consigliabile che l' acquisto di attrezzature mediche e di prodotti farmaceutici attraverso gare d'appalto oppure attraverso acquisto diretto sia valutato da un comitato formato da due o più persone estranee a interessi privati.

Art. 364. Le ditte produttrici o commercializzatrici di attrezzature ad uso medico sono obbligate a garantire:

- a) la qualità del prodotto offerto;
- b) il rispetto del termine concesso dalla garanzia;
- c) l'allenamento, se necessario, del personale addetto all'uso dei prodotti;
- d) nel termine previsto, la riparazione o la sostituzione di uno o più componenti danneggiati;
- e) l'installazione delle attrezzature secondo le norme in vigore sulla sicurezza sul lavoro.

Art. 365. Le ditte legate alla distribuzione di prodotti farmaceutici e/o di attrezzature mediche sono obbligate a rispettare le disposizioni legali in vigore in materia. È contrario all'Etica ogni atteggiamento capace di indurre ad inganno, errore o confusione e di velare gli effetti secondari dei prodotti farmaceutici o delle caratteristiche delle attrezzature mediche.

Art. 366. È grave mancanza etica da parte di ditte e/o di case farmaceutiche indurre all'uso di certe medicine o di attrezzature biotecnologiche mediche con promessa di doni e ricompense.

Art. 367. Gli intermediari commercializzatori di prodotti per la salute sono anche essi responsabili della qualità dei predetti prodotti e sono obbligati a garantirne l'arrivo all'assistito (consumatore) con la stessa qualità.

Art. 368. Nell'esercizio del potere di polizia, lo Stato è responsabile della protezione e della sorveglianza affinché la tutela della salute pubblica sia osservata.

Art. 369. I membri dell'équipe sanitaria sono obbligati, nel rispetto delle disposizioni legali in vigore, ad astenersi dal percepire privilegi o doni di qualunque natura, per la consulenza nell'acquisto di materiale ad uso medico oppure per prescrivere alcuni prodotti medici in particolare.

Art. 370. I membri dell'équipe sanitaria, i pubblici funzionari, le ditte, gli organismi e le persone coinvolte nell'industria e nel commercio nell'area della Salute sono obbligati ad evitare, a rifiutare e a denunciare ogni attività di corruzione sia nel settore pubblico che nel settore privato.

Art. 371. Di fronte agli attuali sviluppi della tecnologia per l'esecuzione di metodiche invasive (telechirurgia, robotica e altre) le ditte produttrici e addette alla

commercializzazione, così come le persone che vi lavorano, sono obbligate a garantire la sicurezza degli assistiti e dell' équipe sanitaria.

Art. 372. I risultati concernenti la qualità e la sicurezza del prodotto da utilizzare così come il training dei membri dell' équipe sanitaria non possono essere giustificati semplicemente per la cosiddetta "Curva dell' apprendimento" di fronte all' uso della nuova tecnologia per tecniche o per metodiche invasive.

Art. 373. Nell' attuale interazione fra i governi e le grandi ditte private dell' area sanitaria diventa necessario trovare i meccanismi affinché i governi non vengano a meno nel loro ruolo di protezione dei cittadini di fronte alla trasgressione o all' inosservanza, da parte delle ditte, delle norme etiche.

Art. 374. È etico e sarebbe utile da parte delle associazioni senza fini di lucro la loro collaborazione alla permanente auditing, visto che gli stessi governi possono agire in modo deficiente sia nella loro funzione di controllo delle ditte private legate alla salute sia nel lavoro svolto, perché tutti i cittadini abbiano pari possibilità di accesso ai benefici sanitari.

Art. 375. È auspicabile che per mantenere un sano equilibrio in questa complessa interazione, le associazioni senza fini di lucro abbiano interconnessioni in tutto il territorio della Repubblica e anche all' estero, sia per quanto riguarda la loro conformazione sia per accordi fra associazioni locali, in modo da esercitare la loro azione tanto sulle ditte del territorio nazionale quanto sulle ditte transnazionali.

Capitolo XXII

DELL' ÉQUIPE SANITARIA E DEL GIORNALISMO NON SPECIALIZZATO

Art. 376. La parola (orale, scritta, visiva) deve essere usata in modo estremamente prudente in ambito sanitario. Si terrà sempre presente che essa può diventare agente aggressore psico-sociale e culturale dagli effetti non misurabili.

Art. 377. La diffusione della notizia medica, allo scopo di stimolare la consapevolezza da parte dei cittadini, deve essere effettuata eticamente e responsabilmente con un linguaggio accessibile ai cittadini in generale. I mass media hanno un ruolo fondamentale nella formazione delle percezioni e degli atteggiamenti dei cittadini, per cui è consigliabile che, nel possibile, la notizia sia trasmessa da professionisti sanitari.

Art. 378. Qualora si trattasse di giornalisti -specializzati o meno in argomenti medico-sanitari- gli stessi sono obbligati a lavorare congiuntamente con un professionista dell' équipe sanitaria esperto e idoneo in materia. Nel trattare argomenti relativi alla salute, diventano agenti nell' area della Salute.

Art. 379. I titolari e/o i dirigenti dei mezzi di comunicazione di massa, sono altresì responsabili etici e legali circa la trasmissione della conoscenza medico-sanitaria, poiché anche essi sono agenti nell' area della Salute.

Art. 380. Il ruolo del giornalista nell' area della Salute è quello di agire da intermediario tra l' informazione scientifica e i cittadini, quindi:

- a) è consigliabile ed etico si astenga dall' adesione attraverso la propria opinione a temi polemici riguardanti la Salute;
- b) deve evitare di creare false aspettative relativamente ai successi scientifici non accertati oppure a presunte procedure di guarigione di malattie gravi mancanti dell' approvazione da parte della comunità scientifica;

Art. 381. Il giornalista responsabile è obbligato a controllare:

- a) il carattere scientifico delle fonti di informazione;
- b) la categoria scientifica e accademica delle persone e dell' istituzione ove la notizia ha avuto origine;

È obbligato altresì a riferire in modo particolareggiato la fonte di informazione, a firmare la notizia (mezzi grafici), a segnalare il proprio nome completo senza pseudonimi

(trasmissioni radiofoniche) o a indicarlo nei titoli di coda del programma, insieme alle altre persone intervenute alla produzione (mezzo televisivo).

Art. 382. È grave mancanza etica la diffusione, da parte del giornalista professionale, di notizie mediche non approvate da fonte responsabile e idonea così come dare alle stesse carattere sensazionalista o di primizia.

Art. 383. È grave mancanza etica del giornalista professionale:

- a) la divulgazione della salute fisica o mentale di un soggetto;
- b) la divulgazione di ipotesi o di prove in fase sperimentale attribuendone successo terapeutico;
- c) l'attribuire risultati straordinari a terapie di carattere personale mancanti dell'approvazione delle istituzioni mediche competenti e dell'accertamento conseguente all'applicazione di rigoroso metodo scientifico.

Art. 384. È proibito, anche con la scusa di offrire informazione, indurre all'automedicazione e all'assunzione di specifici prodotti medicinali e/o di altre terapie. Nel caso di dover commentare qualche prodotto farmaceutico, esso verrà indicato con il nome generico.

Art. 385. I membri dell'équipe sanitaria e gli agenti nell'area della Salute svolgenti attività nel settore del giornalismo non scientifico sono obbligati a rispettare il presente Codice.

Art. 386. Qualora un membro dell'équipe sanitaria utilizzasse uno pseudonimo nel commentare questioni legate alla professione, è obbligato a notificare tale circostanza alle Associazioni professionali scientifiche e sindacali.

Art. 387. Ogni azione giornalistica nell'area della Salute-Comunità deve rispettare le regole previste per il consulto medico.

Art. 388. I membri dell'équipe sanitaria non devono consentire l'esibizione di atti medici in forma diretta o fotografati o filmati, ad eccezione dei casi di convenienza ai fini pedagogici oppure di divulgazione scientifica. Qualora fosse possibile identificare - attraverso l'esibizione dei documenti o della cartella clinica - la persona dell'assistito, sarà necessaria la previa autorizzazione per iscritto da parte dell'interessato.

Art. 389. L'informazione sullo stato di salute di un pubblico personaggio avente una malattia acuta o cronica deve essere trattata con riserva. In nessun caso può essere utilizzata questa circostanza nel beneficio personale dei membri dell' équipe sanitaria curante o del giornalismo in generale.

Art. 390. Il membro dell' équipe sanitaria dirigente di un centro o di un reparto sanitario è responsabile della qualità e del carattere prudentiale dell' informazione trasmessa ai mass media direttamente da lui oppure da un suo subalterno.

Art. 391. L' autorizzazione da parte dell' assistito per rivelare il segreto medico non obbliga i membri dell' équipe sanitaria a farlo. In ogni caso, questi sono obbligati a cercar di mantenere la fiducia nella confidenzialità medica.

Art. 392. Nessun membro dell' équipe sanitaria può effettuare consulti attraverso i mass media, poiché questa azione viola il segreto professionale, specie se si rivelano nomi, fotografie oppure dati sugli assistiti che diano luogo alla loro identificazione.

LIBRO III

DELLA RICERCA MEDICA E DELLA SPERIMENTAZIONE UMANA

Capitolo XXIII

DELLA RICERCA MEDICA E DELLA SPERIMENTAZIONE CHE COINVOLGE SOGGETTI UMANI

La ricerca medica clinica o la ricerca che coinvolge soggetti umani deve essere intesa quale studio volto al progresso della conoscenza medica, eseguita da professionisti qualificati, con esperienza nell' area e secondo un protocollo che prevede lo scopo della ricerca, i motivi dell' uso, la natura ed il grado dei rischi previsti e possibili nonché il loro rapporto con i benefici attesi. In questo processo è rigorosamente etico il rispetto dei Codici internazionali che servono da fondamento al presente Codice di Etica dell' équipe sanitaria dell' Associazione Medica Argentina e della Società di Etica in Medicina, nati nella città di Norimberga, ove il Tribunale Internazionale ha processato un gruppo di medici accusati di sottomettere prigionieri a sperimentazioni contrarie ai diritti umani, all' Etica e alla morale.

La ricerca medica clinica è basata sui Principi basilari in seguito specificati:

Art. 393. La ricerca biomedica che coinvolge soggetti umani deve essere conforme ai principi scientifici universalmente accettati e basata su un' adeguata sperimentazione in laboratorio e su animali, così come su una approfondita conoscenza della letteratura scientifica pertinente.

Art. 394. La progettazione e l' esecuzione di ogni procedura sperimentale che coinvolge soggetti umani devono essere chiaramente descritte in un protocollo di sperimentazione. Tale protocollo deve essere sottoposto ad esame, commenti, orientamenti, e dove previsto, all' approvazione da parte di un Comitato di Etica di revisione appositamente istituito, indipendente dallo sperimentatore, dallo sponsor e da qualsiasi altro tipo di indebita influenza, con la condizione che il predetto comitato agisca secondo la normativa in vigore dello Stato e secondo le norme stabilite dai Codici internazionali.

Art. 395. La ricerca biomedica che coinvolge soggetti umani deve essere condotta solo da persone scientificamente qualificate e sotto la supervisione di un medico competente sul piano clinico. La responsabilità nei confronti del soggetto umano deve

sempre ricadere sul personale medico qualificato e mai sul soggetto della ricerca anche se questi ha dato il proprio consenso.

Art. 396. La ricerca biomedica che coinvolge soggetti umani deve essere condotta solo se l'importanza dell'obiettivo prevale sui rischi e gli aggravati connessi per il soggetto.

Art. 397. Ogni progetto di ricerca biomedica che coinvolga soggetti umani deve essere preceduto da un'attenta valutazione dei rischi e degli aggravati prevedibili in rapporto ai benefici attesi per il soggetto stesso o per altri. La preoccupazione per il benessere del soggetto deve avere la precedenza sugli interessi della scienza e della società.

Art. 398. In ogni caso deve essere rispettato il diritto all'integrità del soggetto umano coinvolto nella ricerca. Deve essere altresì adottata ogni cautela per la tutela dell'intimità del soggetto e ridotto al minimo possibile l'effetto della ricerca sull'integrità fisica, mentale e della personalità.

Art. 399. I membri dell'équipe sanitaria devono astenersi dall'intraprendere progetti di ricerca che coinvolgano soggetti umani qualora i rischi inerenti alla ricerca fossero imprevedibili e devono altresì astenersi dal continuare ogni sperimentazione qualora fosse accertato che i rischi sono superiori ai possibili benefici.

Art. 400. Nella pubblicazione dei risultati della ricerca, i membri dell'équipe sanitaria sono obbligati a salvaguardare l'accuratezza dei risultati. Le relazioni sulle sperimentazioni non conformi con i principi scientifici fissati non devono essere accettati per la pubblicazione.

Art. 401. In ogni ricerca su esseri umani ciascun potenziale soggetto deve essere adeguatamente informato degli scopi, dei metodi, dei benefici previsti e dei rischi potenziali connessi allo studio, nonché dei fastidi che esso potrebbe comportare. Il soggetto deve essere informato del diritto di astenersi dal partecipare allo studio o della possibilità di ritirare il consenso alla partecipazione in qualsiasi momento. Solo dopo essersi assicurato che il soggetto abbia compreso le informazioni, il medico deve ottenere dal soggetto il Consenso informato, liberamente espresso preferibilmente in forma scritta.

Art. 402. Nell'ottenere il Consenso informato del soggetto al progetto di ricerca, i membri dell'équipe sanitaria devono essere particolarmente attenti quando il soggetto

si trovi in una condizione di dipendenza nei loro confronti o possa sentirsi costretto a dare il consenso. In questo caso il Consenso informato deve essere ottenuto da un altro membro dell' équipe sanitaria che conosca bene la ricerca ma non sia coinvolto in essa e che sia completamente indipendente nella relazione col soggetto.

Art. 403. Per un soggetto di ricerca che sia legalmente, fisicamente o mentalmente incapace di dare il consenso, o per un minore legalmente incapace, lo sperimentatore deve ottenere il Consenso informato dal tutore legale, in accordo con la legislazione specifica. Nel caso in cui il soggetto minorenni sia capace di dare un assenso alla decisione di partecipare in una ricerca, lo sperimentatore deve ottenere tale assenso in aggiunta a quello del tutore legale.

Art. 404. Il protocollo della ricerca deve in ogni caso fare riferimento alle considerazioni etiche del caso e deve altresì segnalare se sono stati rispettati i principi fondamentali della ricerca clinica.

Art. 405. I settori coinvolti sono i seguenti:

- a) sponsor della ricerca;
- b) sperimentatore;
- c) revisore;
- d) assistito;
- e) Comitato di Etica che ha approvato la ricerca;
- f) autorità sanitaria.

Art. 406. Lo sponsor della ricerca è responsabile di:

- a) implementare e mantenere sistemi di informazione e di controllo della qualità attraverso procedure operative standardizzate e verificarli;
- b) stabilire un accordo diretto inter partes perché vi sia accesso diretto ai registri allo scopo di mantenere la confidenzialità del volontario e della gestione del protocollo secondo la buona prassi clinica e secondo le raccomandazioni nazionali e internazionali;
- c) osservare un protocollo approvato da un Comitato di Etica indipendente dallo sperimentatore, dallo sponsor, dal centro di ricerca e dall' autorità di regolamentazione;
- d) assicurare l' informazione sulla sicurezza e sull' efficacia relativamente alle condizioni sperimentali sull' assistito;

- e) assicurare l' appropriatezza del prodotto sperimentale allo sviluppo del prodotto farmaceutico;
- f) assumere la responsabilità di informare il Comitato di Etica e l' Autorità sanitaria circa gli eventi avversi insorti;
- g) eseguire una valutazione permanente del prodotto sperimentale e notificare l' autorità di regolamentazione sulle scoperte che potrebbero trasformarsi in eventi inattesi della ricerca;
- h) assicurare la firma congiunta del protocollo da parte di tutti i soggetti coinvolti nella sperimentazione e controllare successivamente l' adempimento delle norme da parte del personale addetto;
- i) scegliere lo sperimentatore e/o l' istituzione aventi le risorse tecniche idonee alla ricerca;
- j) far sottoscrivere allo sperimentatore un impegno scritto e datato per eseguire la ricerca secondo le norme, i requisiti previsti dalle autorità di regolamentazione e dal protocollo approvato dal Comitato di Etica, compresi: relazione, monitoraggio, auditing e ispezioni di routine da parte di enti autorizzati.

Art. 407. Lo sperimentatore è obbligato a:

- a) essere munito delle qualifiche appropriate relativamente alla formazione, al training e all' esperienza nell' area sperimentale (curriculum vitae aggiornato);
- b) essere informato e accettare di osservare le norme e le regole in vigore;
- c) essere assecondato da personale qualificate in cui possa delegare compiti e da un membro dell' équipe avente la funzione di osservatore;
- d) eseguire la ricerca secondo le condizioni firmate, il progetto di ricerca e la normativa in vigore;
- e) conoscere in profondità il tema della sperimentazione attraverso la ricerca esauriente di tutti i precedenti necessari e quindi ottenere l' approvazione di un Comitato istituzionale di sorveglianza di protocolli e di un Comitato di Etica indipendente;
- f) informare questi enti sui cambiamenti insorti nel corso della ricerca e sui rischi che potessero manifestarsi nei confronti degli assistiti;
- g) controllare le condizioni del prodotto farmaceutico sperimentale e restituire allo sponsor i campioni non utilizzati una volta conclusa la sperimentazione, dovendo mantenere il medicinale in luogo sicuro durante il decorso della sperimentazione;

- h) ordinare, organizzare e assicurare che la documentazione concernente il progetto sia completa per trasmetterla a chi di competenza, inclusi il Consenso informato ed il materiale utilizzato, per informarne l' assistito;
- i) assicurare il proprio impegno di redigere la relazione relativa alla sperimentazione per poi trasmetterla allo sponsor contro lettera di compromesso di indennizzo in caso di eventuali danni che la sperimentazione potesse arrecare ai partecipanti volontari;
- j) sottoscrivere un impegno di riconoscimento secondo il quale ogni situazione fraudolenta costituisce grave mancanza etica che osta all' esecuzione di nuove ricerche cliniche e per la quale lo sperimentatore verrà eventualmente punito.

Art. 408. L' addetto al monitoraggio ha le seguenti responsabilità:

- a) controllare le qualifiche e le risorse dello sperimentatore lungo tutta la sperimentazione così come l' informazione permanente, l' adempimento delle funzioni specifiche, l' adesione al protocollo approvato, l' ottenimento del Consenso informato prima dell' inclusione di ogni paziente, l' aggiornamento dell' informazione sull' evoluzione del prodotto farmaceutico, la soddisfazione da parte dei pazienti dei criteri di scelta, la fornitura da parte dello sperimentatore delle relazioni richieste e relative modifiche nei termini previamente accordati;
- b) controllare lo stoccaggio, la quantità, le modalità di consegna e le istruzioni pertinenti del prodotto, così come l' uso finale di esso e verificarne l' esattezza dei dati, gli eventi avversi e gli errori e omissioni nelle relazioni;
- c) esaminare e discutere discrepanze con lo sperimentatore secondo il progetto di ricerca;
- d) accordare con lo sperimentatore documenti da verificare, la loro privacy e l' informazione per iscritto da trasmettere allo sponsor sui progressi, cambiamenti o inconvenienti insorti lungo il processo;
- e) chiudere i lavori di monitoraggio con una relazione finale successivamente all' accertamento della restituzione di tutto il materiale allo sponsor.

Art. 409. Gli assistiti hanno le seguenti responsabilità:

- a) ammettere di essere volontari di una terapia per la propria malattia e seguire la cura del medico indicato, il quale presterà i servizi gratuitamente;
- b) partecipare insieme all' équipe di sperimentazione all' esame concettuale della differenza tra una prova clinica e la regolare cura medica;

- c) informarsi esaurientemente sulla prova clinica e quindi sottoscrivere il proprio consenso;
- d) essere a conoscenza del fatto di avere il diritto di non cominciare la sperimentazione e/o di allontanarsi anche se già avviata informandone il medico;
- e) rispettare le indicazioni dello sperimentatore per quanto riguarda l'osservazione ed il controllo, gli esami complementari, l'informazione su novità riscontrate, la puntuale assunzione dei prodotti farmaceutici e gli errori commessi con questi ultimi (orari e dosi).

Art. 410. Il Comitato di Etica ha le seguenti responsabilità:

- a) riconoscere e aderire ai principi etici fondamentali e specificamente: non maleficenza, beneficenza, autonomia e giustizia;
- b) proteggere i diritti, la sicurezza ed il benessere di tutti gli assistiti partecipanti ad una prova clinica -specie i più vulnerabili- e i partecipanti a degli studi non terapeutici;
- c) sorvegliare il protocollo di prova, le correzioni, il Consenso informato, le procedure per reclutare pazienti, i precedenti dello sperimentatore, le relazioni sulla sicurezza, i documenti relativi a pagamenti e/o retribuzioni per i pazienti, l'elenco dei centri di ricerca e ogni altro documento ritenuto importante;
- d) elaborare e mantenere aggiornati i criteri necessari all'approvazione di una sperimentazione, facendoli osservare rigorosamente in ogni valutazione;
- e) stabilire e mantenere per iscritto gli standard e la situazione di valutazione dei progetti, tenendo un registro vistato dai propri membri dei dettami consegnati;
- f) controllare che nessun assistito sia incluso in una prova prima dell'approvazione scritta, sia all'inizio che durante lo svolgimento della stessa;
- g) sospendere temporaneamente o definitivamente una ricerca qualora non venissero rispettate le condizioni già accordate, informandone immediatamente lo sperimentatore, lo sponsor e l'autorità di regolamentazione;
- h) accertare che il Consenso informato sia redatto in modo appropriato ed esibito al paziente sotto forma di copia firmata;
- i) avere una conoscenza approfondita delle regolamentazioni stabilite dai Codici internazionali e del proprio Paese (ANMAT: Amministrazione nazionale dei medicinali, degli alimenti e della tecnologia medica, 1992).

Art. 411. Le autorità di regolamentazione hanno le seguenti responsabilità:

- a) il controllo dei prodotti farmaceutici spetta all' ANMAT, così come le prove cliniche, l' autorizzazione all' esecuzione, la loro revisione e il loro permanente controllo mediante ispezioni;
- b) squalificare lo sperimentatore se mancante all' osservanza delle norme generali e di quelle stabilite dallo sponsor e approvate dal Comitato di Etica, e prevedere le responsabilità relativamente alla sicurezza dell' assistito;
- c) agire nei termini previsti dalla normativa in vigore, fermo restando le azioni penali del caso e la notifica alla Direzione Nazionale di Controllo Sanitario del Ministero della Salute e delle relative Associazioni professionali.

Art. 412. I bambini non devono essere inclusi in protocolli che possano essere effettuati con adulti, nonostante la loro inclusione risulti indispensabile alla ricerca su malattie infantili e su alterazioni proprie di quel periodo.

Art. 413. Il congiunto più stretto o il legale rappresentante sottoscrivono il Consenso informato benché sia conveniente averne la cooperazione volontaria del malato qualora essa fosse possibile.

Art. 414. Di fronte a soggetti con disordini mentali o di condotta, lo sperimentatore è obbligato a considerare:

- a) se lo scopo della ricerca è quello di arrivare a dei benefici per i soggetti dalle stesse caratteristiche mentali o comportamentali;
- b) se sia preferibile, qualora ciò fosse possibile, la loro sostituzione con persone in pieno possesso delle facoltà mentali;
- c) qualora il soggetto fosse incapace, il Consenso informato dovrà essere sottoscritto dal legale rappresentante oppure da persona espressamente autorizzata;
- d) qualora il soggetto fosse ricoverato dietro provvedimento giudiziario, sarà possibile richiedere un' autorizzazione giudiziaria per la partecipazione a procedure sperimentali.

Art. 415. L' inclusione di detenuti volontari in protocolli di ricerca biomedica è prevista soltanto in pochi Paesi al mondo e trattasi di una materia controversa.

Art. 416. Qualora le ricerche coinvolgessero detenuti, è etico che gli stessi non vengano esclusi da ricerche con stupefacenti, vaccini o altri agenti che potessero risultare nel loro beneficio.

Art. 417. Le caratteristiche delle ricerche cliniche con comunità sottosviluppate quali partecipanti volontari sono le seguenti:

- a) la priorità è lo studio di malattie locali non essendo possibile studiarle in altre comunità;
- b) la ricerca deve nascere dalle necessità sanitarie e di salute di quella comunità in particolare;
- c) devono essere risolte le difficoltà per garantire la comprensione dei concetti e delle tecniche della ricerca clinica;
- d) si devono fare tutti gli sforzi possibili per osservare tutti gli imperativi etici e per avere la sicurezza del fatto che il Consenso informato è il risultato di una vera comprensione da parte dei soggetti;
- e) il Comitato di Etica valutatore deve essere composto da un numero sufficiente di professionisti con larghe conoscenze sulle abitudini familiari, sociali e consuetudinarie.

Art. 418. Per numerose tipologie di ricerche epidemiologiche, il Consenso informato individuale è improcedibile, anche se, nel caso, è necessario ricorrere ad un Comitato di Etica che accerti la sicurezza ed il rispetto della privacy dei soggetti coinvolti e la confidenzialità delle notizie ottenute relativamente alla preservazione del segreto professionale dei progetti.

Art. 419. Nelle fasi terminali di patologie quali cancro non guaribile o AIDS, non vi è giustificazione etica né scientifica per eseguire sperimentazioni cliniche con o senza somministrazione di placebo.

Art. 420. La sponsorizzazione esterna di un progetto sia essa di alcune fasi che di tutto il progetto, implica delle responsabilità da parte dell' ente ospitante, sia esso nazionale che internazionale, con le autorità competenti dello Stato anfitrione.

Art. 421. Il finanziamento esterno deve essere approvato da una revisione etica e scientifica compatibile con l' autorizzazione prevista dalla normativa in vigore nel Paese finanziatore. Detta revisione deve essere supportata da un comitato ad hoc del paese di origine delle risorse e da un comitato nazionale locale per accordare gli scopi della sperimentazione e le condizioni di aggiustamento di fronte a quesiti etici, legali e scientifici.

LIBRO IV

SITUAZIONI PARTICOLARI

Capitolo XXIV

DELLA RICERCA SCIENTIFICA E DELLE TERAPIE GENICHE

Art. 422. La terapia genica è una tecnica potenzialmente potente, benché circoscritta dalla conoscenza limitata dei vettori e dalla fisiopatologia delle malattie da trattare, specie quelle conseguenti ad alterazioni monogeniche delle malattie ereditarie. Ciò rende necessario che i medici siano prudenti nelle aspettative che potessero insorgere negli assistiti o nei loro congiunti relativamente a questa terapia.

Art. 423. Il trattamento di cellule somatiche di una serie di malattie è eticamente accettato nei casi in cui esso fosse eseguito da specialisti certificati presso centri attrezzati con tecnologia di punta.

Art. 424. Le ricerche scientifiche geniche verranno eseguite secondo i criteri etici di cui al relativo capitolo del presente Codice.

Art. 425. La terapia genica deve essere utilizzata soltanto per correggere malattie e ne è eticamente proibito l'uso a scopo di presunti "perfezionamenti" di soggetti normali.

Art. 426. Ogni progetto per lo studio del genoma umano e della sua applicazione in Medicina deve essere valutato dal Comitato di Etica in Ricerca scientifica, le cui raccomandazioni hanno carattere vincolante.

Art. 427. Il genoma umano è patrimonio dell'umanità ed è proibito brevettare geni umani, compresi quelli di cui è nota la funzione.

Art. 428. È possibile invece brevettare l'invenzione in sé, vale a dire, il trattamento o il farmaco in particolare per il quale il predetto gene sia utilizzato.

Art. 429. Il crescente incremento di questa conoscenza sulla capacità di predizione medica giustifica l'atteggiamento di osservare il parere degli esperti mondiali in genetica secondo il quale occorre consigliare i governi affinché promuovano la

sanzione della legislazione necessaria per vietare la discriminazione basata sulla tecnologia genica.

Art. 430. Occorre in particolar modo fare attenzione all' interesse che sicuramente avranno le compagnie di assicurazioni nella personalizzazione del premio secondo i livelli di rischio genetico. È parimenti necessario proteggere dall' interesse aziendale l' informazione sul rischio genetico dei probabili dipendenti, allo scopo di evitare una selezione diversa dall' idoneità e dai requisiti convenzionali di accesso ad un posto di lavoro.

Art. 431. Occorre altresì legiferare sulla confidenzialità genomica allo scopo di evitare la commercializzazione delle banche dati.

Art. 432. L' eventuale sviluppo di un "DNA forense" che consenta di paragonare i dati genici di un presunto criminale con quelli conservati da una banca dati ottenuti dalla polizia sarà oggetto di una particolareggiata normativa e limitato all' uso in ambito giudiziario dalle severe norme di accesso limitato a terzi.

Art. 433. La clonazione umana è legalmente proibita nel nostro Paese. Ogni questione connessa alla stessa dovrà reggersi secondo le condizioni imposte dalla legge.

Art. 434. I professionisti medico-sanitari, le ditte, gli organismi e le persone operanti nello sviluppo di alimenti transgenici sono obbligati ad osservare le norme generali relative alla ricerca con esseri umani.

Art. 435. I professionisti di cui all' articolo precedente sono obbligati ad adoperarsi per la produzione di alimenti transgenici che superino tutte le fasi di sperimentazione e quindi certificare l' assenza di fattori che possano compromettere la salute degli esseri umani. Sono altresì obbligati a dimostrare in modo probatorio che il prodotto transgenico non arreca alcun danno agli esseri umani, sia nella creazione di resistenze di fronte a specifici antibiotici sia nella comparsa di allergie per le diverse proteine alloggiare da questi alimenti.

Art. 436. Il medico non può cedere alla pressione dei datori di lavoro per trasgressione alle presenti regole, perché non esiste ancora alcun inquadramento normativo che consenta di averne controllo e sorveglianza adeguati.

Capitolo XXV

DELLA FECONDAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Art. 437. “Il paziente sterile” è sempre una coppia che ricorre alla fecondazione medicalmente assistita con lo scopo di porre rimedio a sofferenze emotive, psicosociali e fisiche.

Art. 438. Per fecondazione medicalmente assistita si intende una serie di terapie mediche che, basate su studi scientifici di alta complessità, hanno come obiettivo quello di offrire la possibilità di avere un figlio alla coppia sterile che ha già tentato di averlo con altre metodiche senza alcun esito positivo.

Art. 439. Ai giorni nostri sono riconosciute a livello mondiale le seguenti terapie per la fecondazione medicalmente assistita:

- a) inseminazione artificiale intrauterina;
- b) fecondazione in vitro;
- c) trasferimento di gameti nelle tube di Falloppio;
- d) trasferimento di oociti nelle tube di Falloppio;
- e) trasferimento di embrioni nelle tube di Falloppio;
- f) iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi;
- g) crioconservazione embrionaria.

Art. 440. Sono destinatarie di queste terapie le coppie eterosessuali di maggiorenni e legalmente capaci, la cui sterilità fosse accertata da esami completi.

Art. 441. Il diritto alla procreazione deve essere rispettato quale diritto dell’ uomo e così lo riconoscono le legislazioni di molti Stati oltre alla Convenzione Europea sui Diritti dell’ Uomo e alla Dichiarazione dei Diritti dell’ Uomo delle Nazioni Unite.

Art. 442. I modelli etici di riferimento delle terapie di fecondazione medicalmente assistita hanno fondamento nei seguenti principi:

- a) il numero di ovuli da fecondare è una decisione della coppia guidata dal medico;
- b) non è etico stabilire un numero arbitrario di ovuli da fecondare; ciò nasce dalla valutazione clinica di ogni caso;

- c) il trasferimento di embrioni ottenuti deve essere effettuato in ottime condizioni stabilite dal medico curante e secondo precisi criteri;
- d) qualora le condizioni necessarie non si verificassero, si valuterà la possibilità della crioconservazione embrionaria.

Art. 443. La donazione di gameti è etica di fronte a patologie che la giustifichino, secondo i seguenti criteri:

- a) donazione anonima e senza alcun interesse secondario;
- b) la donazione di sperma attualmente è poco utilizzata. Nel caso di banche speciali, queste terranno un registro preciso e osserveranno le norme scientifiche internazionali di carattere profilattico;
- c) la donazione di ovuli implica l'obbligo di effettuare controlli simili a quelli previsti per la donazione di sperma e di determinare con precisione le condizioni patologiche che la rendono necessaria.

Art. 444. Tutte le procedure sopra indicate devono essere eseguite da professionisti altamente specializzati in centri aventi le condizioni fisiche, ambientali, tecniche e di qualità previste per assicurarne la precisa esecuzione.

Art. 445. In tutte le procedure sopra indicate dovranno essere osservate, e con particolare cura, tutte le norme relative al Consenso informato, come segnalato dal presente Codice.

Capitolo XXVI

DELLA CRIOCONSERVAZIONE E DELLA SPERIMENTAZIONE CON EMBRIONI

Art. 446. Le nuove tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno dato luogo ad una sostanziale modifica nell' ambito della riproduzione e hanno quindi cambiato concetti legali, socioculturali, medici ed etici.

Art. 447. È imprescindibile che i responsabili delle procedure forniscano agli interessati l' informazione completa affinché gli stessi possano prendere una decisione consapevole, etica e scientificamente accettabile.

Art. 448. Il numero di oociti reclutati sarà il minimo che il tasso di fecondazione probabile richieda per ottimizzare i risultati della metodica.

Art. 449. Il trasferimento di embrioni nell' utero deve essere tecnicamente corretto secondo i tassi ordinari di gestazione e per salvaguardare l' integrità degli embrioni non trasferiti, evitando gravidanze molteplici inaccettabili dal punto di vista etico, medico, di spese familiari e del sistema sanitario.

Art. 450. Le coppie devono ricevere informazione esauriente, sottoscrivere il Consenso informato e prevedere ciò che si farà con gli embrioni successivamente al loro immagazzinaggio.

Art. 451. L' abbandono degli embrioni da parte della coppia o dell' équipe medica curante è un atto contrario ai principi morali e alla condotta etica.

Art. 452. L' équipe medica responsabile delle procedure lo è anche dell' osservanza di rigorose norme di sicurezza di conservazione e di identificazione degli embrioni congelati.

Art. 453. È gravissima mancanza etica la sperimentazione con embrioni umani così come il loro scarto e/o distruzione.

Art. 454. Sono altresì eticamente inaccettabili e legalmente proibite nel nostro Paese le procedure di clonazione. Gli unici interventi etici e rispettosi della dignità umana su

embrioni sono quelli effettuati ai fini diagnostici e terapeutici per facilitare e/o migliorare la praticabilità embrionaria.

Art. 455. Il medico che effettuasse fecondazione medicalmente assistita è obbligato a proteggere al massimo gli embrioni con il rispetto che quale vita umana meritano; quindi ogni attività eseguita su embrioni deve sempre avere come scopo la dignità umana e l' intangibilità del genoma della specie, che è patrimonio dell' umanità.

Art. 456. Qualora per scrupolose ragioni terapeutiche -connesse sia al numero di oociti fecondati sia allo stato di salute della donna- gli embrioni dovessero essere conservati, gli stessi verranno crioconservati con tutte le precauzioni possibili per garantirne l' identità genetica e l' integrità.

Art. 457. Gli embrioni non possono essere crioconservati per un periodo di oltre cinque anni, termine entro il quale i donatori di gameti si impegnano, attraverso il Consenso informato, a tentare nuovi trasferimenti. Trascorso il predetto termine e nel caso in cui i donatori di gameti manifestassero la loro volontà irrevocabile di non tentare un nuovo trasferimento embrionario, il medico notificherà l' autorità amministrativa e/o giudiziaria di competenza affinché essa possa decidere circa il futuro degli embrioni.

Art. 458. Il medico non può in nessun caso disporre degli embrioni crioconservati dallo stesso custoditi, nemmeno qualora fosse in possesso del consenso espresso in tal senso sottoscritto dai donatori dei gameti.

Art. 459. Il medico non può trasferire embrioni in una donna che non sia la donna donatrice degli ovuli con i quali gli embrioni da trasferire sono stati formati, ad eccezione di autorizzazione giudiziaria.

Art. 460. Sono gravissime mancanze etiche danneggiare, distruggere, sottacere e commercializzare embrioni umani, così come ogni manipolazione sugli embrioni a scopo di modificarne la composizione genetica, anche nei casi motivati da finalità terapeutiche.

Art. 461. Il medico deve astenersi da ogni sperimentazione con embrioni umani, ad eccezione dei casi in cui la stessa abbia esclusivamente finalità terapeutiche direttamente connesse all' incremento della possibilità e della vitalità dell' embrione. Il

medico è obbligato ad astenersi dal produrre embrioni umani con finalità diverse dalla procreazione.

Art. 462. È grave mancanza etica il trasferimento nell' utero di una donna di embrioni geneticamente manipolati o sui quali siano state eseguite pratiche sperimentali, ad eccezione di quelle sopra indicate. È altresì grave mancanza etica il trasferimento degli embrioni portatori di una palese anomalia che non consentirebbe il regolare sviluppo uterino o darebbe luogo ad una gravidanza con manifesta impossibilità di arrivare a termine.

Art. 463. Il medico è obbligato ad astenersi dall' eseguire ogni attività mirante la scelta del sesso (ad eccezione della scelta a scopo esclusivamente terapeutico preventivo successivo alla diagnosi di malattia genetica legata al sesso), l' ectogenesi, la clonazione per la produzione di individui geneticamente identici, la fusione gemellare e la fecondazione interspecifica.

Art. 464. La riduzione selettiva intrauterina delle gravidanze molteplici è legalmente considerata aborto.

Art. 465. La maternità sostitutiva, vale a dire, il prestito del ventre materno, in nessun caso può essere economicamente retribuita.

Art. 466. È eticamente inammissibile la commercializzazione di materiale genetico quale lo sperma, gli ovuli e gli oociti fecondati da spermatozoi.

Capitolo XXVII

DELLA CONTRACCEZIONE

Art. 467. Il medico che indica una terapia anticoncezionale è obbligato a informare l'assistito sui diversi metodi possibili da utilizzare per il controllo della natalità, le loro tollerabilità, innocuità, efficacia e tolleranza.

Art. 468. Il medico non può influire sulla scelta di uno specifico metodo qualora diversi fossero possibili.

Art. 469. Il medico è obbligato a rispettare le indicazioni e le controindicazioni, assolute e relative, di ogni metodo e a comunicarle in modo esauriente e comprensibile, adeguandosi al livello intellettuale degli assistiti.

Art. 470. Al momento di indicare un metodo contraccettivo in particolare è d'obbligo rispettare le disposizioni legali in vigore o i principi delle leggi analoghe.

Art. 471. Negli assistiti sottoposti a terapia anticoncezionale è d'obbligo rispettare il controllo evolutivo diretto (da parte del medico curante oppure di chi ne facesse le veci o lo sostituisse).

Art. 472. È vietato proporre metodi sterilizzanti (definitivi o reversibili) come terapie anticoncezionali qualora non vi fosse un'indicazione medica precisa.

Art. 473. Nella scelta del metodo anticoncezionale, il medico è obbligato a rispettare i diritti personalissimi, l'autonomia e la dignità della persona umana degli assistiti.

Art. 474. Il medico è obbligato a informare gli assistiti sottoposti a trattamento circa eventuali effetti avversi scoperti dalla scienza medica successivamente all'inizio della terapia prima sconosciuti.

Art. 475. Il medico, coerentemente con i principi filosofici, religiosi, morali e con le proprie obiezioni di coscienza, può esimersi dal prescrivere anticoncezionali oppure dall'inserire dispositivi intrauterini o altri, ed è comunque obbligato in tutti i casi a informarne l'assistito in modo chiaro e veritiero e riferirlo ad un collega affinché quest'ultimo possa procedere secondo la volontà dell'assistito.

Art. 476. Qualora l' assistito abbandonasse il controllo senza darne avviso al medico oppure non si presentasse ai controlli o seguisse in modo surrettizio altre terapie diverse da quelle indicate, il medico ha il diritto di abbandonare il rapporto, ritenendosi libero dai suoi obblighi.

Capitolo XXVIII

DELL' ABORTO

Art. 477. L' aborto in ogni fase della gravidanza è eticamente proibito ed è inoltre punito dalla Legge.

Art. 478. Di fronte ad eccezione prevista dalla Legge occorre eseguire l' aborto in tutti i casi dietro sottoscrizione del Consenso informato da parte della paziente o del marito o dei congiunti o del legale rappresentante. La certificazione della necessità di interrompere la gravidanza spetta alla Giunta medica², della quale almeno uno dei suoi membri deve essere esperto nella malattia che ha dato origine alla proposta. In tutti i casi l' aborto deve essere eseguito in un ambiente avente tutte le risorse della scienza.

Art. 479. Le eccezioni delle norme etiche e legali sono le seguenti:

- a) necessità assoluta di salvare la vita della madre, una volta esaurite tutte le risorse della scienza;
- b) qualora la gravidanza fosse stata la conseguenza di uno stupro oppure di un oltraggio al pudore commesso nei confronti di una donna incapace o malata di mente, nel cui caso il Giudice della causa, se lo ritenesse procedibile, dovrà autorizzare l' intervento;
- c) di fronte ad accertata prova scientifica di embrione affetto da alterazioni genetiche irreversibili, le cui caratteristiche assicurano la morte del neonato anche con l' assistenza tecnologica più sofisticata esistente per il sostegno della vita, e successivamente ad autorizzazione giudiziaria.

Art. 480. Le istituzioni e le organizzazioni assistenziali (pubbliche, mutualistiche, private, ecc.) sono obbligate a rispettare la libertà di coscienza dei professionisti qualora, formulate le eccezioni e adempiuti i requisiti legali previsti, l' aborto dovesse essere eseguito.

Art. 481. La scienza in generale e i medici e i giuristi in particolare sono obbligati a impegnarsi nel lavoro congiunto volto a raggiungere un consenso tale che accolga le condizioni oggi contrapposte e che dia luogo a posizioni di coscienza e di parere irriducibili relativamente all' aborto.

² N.d.T.: La Giunta medica, in questo caso specifica istituzione argentina, è l' equivalente alla Commissione Medica italiana.

Capitolo XXIX

DELL' ABLAZIONE DI ORGANI E DI TESSUTI PER TRAPIANTI

Art. 482. Nel trapianto di organi, l' Etica è retta dai seguenti principi:

- a) dignità e reciproco rispetto;
- b) giustizia e solidarietà;
- c) fiducia e Consenso informato.

Art. 483. È d' obbligo riconoscere alla persona il valore intrinseco di dignità imposto dal dovere di considerarla un fine in sé stessa e non semplicemente un mezzo, di considerare cioè la persona come un soggetto morale autonomo, unico e irripetibile. Il principio di dignità umana impone obblighi quali il rispetto dell' autonomia e dell' inviolabilità della persona.

Art. 484. La solidarietà è la dimensione sociale del principio di dignità, implicita nella condizione di uguaglianza tra le persone, e promuove lo sviluppo e la cooperazione sociale.

Art. 485. La distribuzione di beni scarsi, come lo sono gli organi per trapianto, implica inesorabilmente l' osservazione di principi di giustizia distributiva al fine di raggiungere un equilibrio che sia allo stesso tempo equo, senza distinzioni arbitrarie nell' attribuzione di diritti e di obblighi. La trasparenza, la pubblicità ed il pluralismo sono delle garanzie nella presa di decisioni per la distribuzione delle risorse, dalla prospettiva dell' uguaglianza formale e sostanziale.

Art. 486. La fiducia implica il riconoscimento dell' autodeterminazione e dell' autonomia e mette in risalto il rispetto dell' altrui personalità. Il Consenso informato diviene quindi condizione sine qua non è possibile garantire il rispetto dei predetti principi.

Art. 487. La donazione di organi e di tessuti implica l' esercizio di un diritto personalissimo di natura non patrimoniale. La retribuzione produrrebbe un sistema di disuguaglianza essendone il vantaggio economico una delle priorità nell' accesso, a discapito dei cittadini più svantaggiati della società.

Art. 488. La regola di confidenzialità, tanto dell' identità quanto dei dati medici del donatore e del ricettore, deve essere rispettata per garantire la fiducia pubblica.

Art. 489. La definizione e i criteri medici convalidati scientificamente e utilizzati per l' accertamento della morte non devono essere condizionati da scopi diversi da quelli che garantiscono la protezione e la dovuta cura delle persone.

Art. 490. Relativamente alla natura del corpo umano e dei suoi organi e tessuti, ne è imprescindibile il rispetto e la cura, secondo le concezioni culturali sul valore simbolico del corpo per quanto ne concerne la disposizione finale. Dopo l' ablazione occorre garantire un impegno accurato e rispettoso della salma, dovendo essere ricomposta l' indennità fisica ed estetica, allo scopo di preservarne l' integrità.

Art. 491. L' ipotesi di donazione di organi fra viventi è limitata ai soggetti legati per affinità e per consanguineità. Nel caso in cui tale ipotesi si allargasse ad altri soggetti, dovrà essere preservata la regola di confidenzialità e garantita la non commercializzazione di organi.

Art. 492. La capacità di donazione di organi deve necessariamente essere articolata con l' esercizio dell' autonomia, con adeguata valutazione dei livelli di competenza, specie nei casi in cui sia coinvolta la partecipazione di minorenni e di incapaci.

Art. 493. L' uso terapeutico dello xenotrapianto deve esaurire in primo momento istanze di ricerca di base e precliniche.

Art. 494. I potenziali xenotrapianti devono garantire la protezione dell' integrità e dell' individualità genetica delle specie coinvolte, privilegiando la tutela della biodiversità e la prevenzione di malattie trasmissibili per incrocio di materiale genetico fra più specie.

Capitolo XXX

DELLE CURE DEL TOSSICODIPENDENTE

Art. 495. Per molti anni inclusi nella categoria del vizio e attribuiti a minoranze etniche, la tossicodipendenza e/o l' abuso di sostanze psicoattive sono diventate nelle società contemporanee un problema socio-sanitario molto grave -soprattutto a causa delle caratteristiche proprie da processo polifunzionale e dell' indifferenza generalizzata- nel quale vi sono una struttura psichica (il soggetto), una sostanza (tossico psicoattivo) e un momento storico in particolare (contesto socio-culturale).

Art. 496. Le circostanze sopra segnalate rendono molto complesse le possibilità di intervento sanitario nel campo della tossicodipendenza in senso stretto.

Art. 497. La valutazione dei gradi di salute o di deterioramento delle molteplici dimensioni configuranti l' esistenza umana sono utili alla possibilità di valutare in modo adeguato la pertinenza di un intervento in particolare, il quale prevede inoltre un approccio di carattere integrativo, che deve rifiutare –perché inefficaci- le opzioni riduttive frammentatrici dell' essere umano e le sue sofferenze.

Art. 498. Le condizioni generali di inquadramento del problema richiedono la definizione di obiettivi per i soggetti che lavorano nel settore e specie un esame sull' Etica dei predetti soggetti e delle procedure.

Art. 499. Obiettivi:

- a) promuovere il miglioramento nella qualità della vita delle persone affette dall' abuso di stupefacenti e dei loro congiunti o del loro ambiente;
- b) instaurare un approccio interdisciplinare personalizzato dell' assistito nel rispetto del diritto della libertà di scelta di una terapia in particolare;
- c) articolare diverse tipologie e livelli di risorse specifiche e inespecifiche volte alla riabilitazione e al reinserimento familiare e sociale delle persone affette;
- d) evitare l' emarginazione e la stigmatizzazione dei tossicodipendenti.

Art. 500. Nell' assistenza ai tossicodipendenti dovrebbero anche esserne valutati l' ambiente familiare e i gruppi sociali di appartenenza nei quali si eseguono iniziative di assistenza, di ricerca e di formazione.

Art. 501. È condizione etica imprescindibile il rispetto all' autodeterminazione configurata sui seguenti principi:

- a) riconoscimento del diritto di essere assistito di fronte alla volontà di essere assistito, ad eccezione del caso in cui ci sia rischio imminente per sé o per terze persone, secondo la normativa legale in vigore (alterazione delle funzioni mentali di fatto o di diritto);
- b) accettazione della determinazione di abbandonare la terapia purché non implichi rischio di vita imminente per sé o per terze persone;
- c) è gravissima mancanza etica ogni tentativo di maltrattamento morale o fisico, manipolazione ideologica, politica, religiosa, sessuale e ogni altro atto lesivo della dignità umana;
- d) riconoscimento dell' esercizio dei diritti inerenti alle persone per soggetti con limitazioni e/o per bambini o minorenni, attraverso i genitori, i curatori o i legali rappresentanti.

Art. 502. L' assistito -o il curatore- ha il diritto di conoscere le diverse alternative di trattamento e di assistenza attraverso un processo che preveda il Consenso informato, con le condizioni in seguito specificate:

- a) informazione completa sulle caratteristiche del trattamento prima di iniziarlo;
- b) accettazione scritta da parte del paziente -o del curatore- il quale ha il diritto di richiedere un secondo parere;
- c) i congiunti e la sfera relazionale hanno il diritto di conoscere regolarmente l' evoluzione dell' assistito e questi deve conoscere tale circostanza ed esercitare il proprio diritto che i primi siano informati sul proprio stato di salute. L' informazione deve anche comprendere i cambiamenti verificatisi nel corso della terapia;
- d) l' assistito sottoposto a trattamento con degenza ospedaliera ha il diritto di mantenere comunicazione con il mondo esterno attraverso persone che gli facciano visita, ad eccezione dei casi in cui particolari condizioni siano ritenute pregiudiziali, benché l' assistito stesso oppure il legale rappresentante debba esserne informato e darne il proprio consenso;
- e) ogni assistito ha il diritto di abbandonare il trattamento per propria volontà e dopo aver ricevuto l' informazione completa sui rischi di tale decisione, nei casi in cui tali rischi siano verificabili per il soggetto o per terze persone. Deve essere altresì avvertito per decidere su altre opzioni di assistenza, secondo le proprie necessità, e quindi dovrà ricevere il sostegno adeguato per poter essere trasferito da un altro professionista. Nel caso di assistito incapace di diritto è il

curatore colui che deve essere informato e il giudice colui che deve decretare l'abbandono del trattamento.

Art. 503. Ogni assistito ha il diritto, il che è d'altronde un dovere etico per chiunque l'assistita, del rispetto al segreto professionale, garante della sua intimità che preserva l'esercizio dei propri diritti e la dignità quale persona.

Art. 504. L'obbligo etico di confidenzialità è anche applicabile al personale amministrativo che lavora con archivi delle cartelle cliniche.

Art. 505. La riserva di cui all'articolo precedente può essere sollevata in caso di necessità di gestione dell'informazione per evitare danni per sé oppure per terzi, dovendo esserne informato l'assistito.

Art. 506. In caso di interesse scientifico, la divulgazione di informazione deve essere approvata dall'assistito (o dal curatore o dal giudice) e in tal caso verranno adottate le misure di sicurezza per la non identificazione individuale o del gruppo.

Art. 507. Le équipe coinvolte in un trattamento sono obbligate a massimizzare le misure etico-professionali di cui al Libro II del presente Codice e a valutare, in modo approfondito e previamente ad ogni intervento, i fattori essenziali in seguito specificati:

- a) l'indicazione tecnica di fronte a domanda formulata;
- b) la volontà dell'assistito, dei suoi congiunti o della sfera relazionale più intima, nonché gli interessi della società;
- c) i cambiamenti della qualità della vita che avverranno dopo l'intervento;
- d) i fattori esterni coinvolti nell'intervento terapeutico.

Art. 508. I fondamenti dell'intervento sono:

- a) criteri teorico-pratici scientifici con permanente seguimento dell'evoluzione delle conoscenze in materia;
- b) criteri etici contenuti nel presente Codice e in altri necessari relativi alle specialità tecnico-professionali di altri partecipanti;
- c) promozione di atteggiamenti volti al miglioramento della salute e alla diminuzione dell'assunzione di droghe psicoattive;
- d) evitare l'emarginazione sociale individuale e collettiva che comporti la situazione di tossicodipendenza;

- e) la cooperazione per un miglior reinserimento sociale dei soggetti che lo desiderino e facciano degli sforzi per abbandonare la dipendenza;
- f) il riconoscimento e la discriminazione del criterio tecnico ed etico dai criteri poggiati su convinzioni morali, religiose, ideologiche, politiche e sessuali dei membri dell' équipe curante;
- g) l' azione basata su fondamenti professionali, nel rifiutare pressioni di ogni specie che siano discriminatorie e che compromettano la proposta tecnico-professionale;
- h) i trattamenti devono rispettare i requisiti specifici con cui la proposta viene messa in atto e cioè:
 - o definizione e spiegazione dell' inquadramento concettuale dell' obiettivo terapeutico e della metodologia con cui opererà la proposta,
 - o diagnosi esatta dalla quale parte un dispositivo tecnologico,
 - o riconoscimento oggettivo del livello di formazione e di professionalismo delle équipe,
 - o criteri e meccanismi di valutazione di processi e di prodotti, sottolineando l' importanza del fattore tempo e informandone l' assistito od il suo legale rappresentante al momento dell' accordo sul contratto terapeutico.

Capitolo XXXI

DELLE CURE DEL PAZIENTE PSICHIATRICO

Art. 509. Sebbene la Psichiatria abbia delle norme particolari -tenendo conto dell' eventuale incapacità di apprendimento degli assistiti per la loro malattia o per alterazione della psiche- anche in questo campo sono fondamentali le norme generali già descritte nei diversi capitoli del presente Codice.

Art. 510. Ogni malato di mente ha il diritto di svolgere le attività che la normativa, i principi e le dichiarazioni di carattere civile, politico, economico, sociale, culturale e lavorativo gli consentano all' interno della comunità e nei limiti delle possibilità che la propria malattia gli consenta.

Art. 511. Ogni malato di mente ha il diritto di essere trattato nelle condizioni più complete possibili attraverso i trattamenti specifici per il suo stato, i quali verranno eseguiti con la minore restrizione e invasione possibile alla sua libertà, dovendo inoltre offrire protezione fisica e mentale a terzi.

Art. 512. La diagnosi della malattia mentale verrà effettuata secondo rigorose norme mediche internazionalmente accettate e nei limiti previsti dai codici dei Diritti umani.

Art. 513. Qualora a uno psichiatra venisse richiesta la valutazione dello stato mentale di una persona, è suo dovere etico informare l' interessato sullo scopo dell' intervento medico, sui risultati conseguiti e sull' uso degli stessi nell' atteggiamento terapeutico, nei limiti della comprensione dell' interessato.

Art. 514. Qualora l' assistito fosse incapace o non potesse elaborare un giudizio adeguato per causa di un'alterazione mentale, lo psichiatra chiederà ai congiunti, al legale rappresentante e addirittura a un giurista se fosse il caso, allo scopo di proteggere la dignità e i diritti legali della persona. In ambito ospedaliero ne verrà inoltre notificato il Comitato di Etica dell' istituzione.

Art. 515. In tutte le attività degli psichiatri relativamente ai propri assistiti va tutelata l' autonomia di questi ultimi, intesa come la capacità di riconoscere sé stessi quali persone differenti dagli altri, di identificare la realtà esterna da quella interna e di autogoverno per poter prendere decisioni di vita che li mantengano in equilibrio interno

e di adattarlo all' ambiente circostante. L' assistito deve essere accettato nel processo terapeutico come un soggetto uguale per proprio diritto.

Art. 516. Visto che possono variare spontaneamente o conseguentemente al trattamento, una delle prime valutazioni dello psichiatra deve tener conto del grado di autonomia e della capacità di consapevolezza sul proprio stato e sulla realtà circostante da parte dell' assistito, allo scopo di poter capire la comunicazione dell' opinione psichiatrica sulla salute dell' assistito e sulla capacità di esercitare il diritto del Consenso informato.

Art. 517. Ogni terapia ha carattere etico, per gli scopi sintomatici e terapeutici e per la potenziale influenza sulla personalità e sull' atteggiamento etico dell' assistito. L' Etica del medico in ogni caso è basata sui principi di beneficenza, di non maleficenza, di autonomia e di giustizia.

Art. 518. Il trattamento in Psichiatria e in Psicologia si fonda su un rapporto di fiducia e su un reciproco rispetto, simile ad un' alleanza terapeutica tra il professionista e l' assistito (Confidenzialità), fatto che favorisce la nascita di rapporti affettivi, emotivi e addirittura di necessità e di fantasie sessuali che interferiscono poi nei rapporti con il terapeuta, con l' ambiente familiare, di lavoro e sociale e che in casi estremi danno luogo a situazioni prettamente antietiche. Il professionista è obbligato ad essere particolarmente accurato in questi processi e nella tendenza degli assistiti a modellare atteggiamenti secondo l' identificazione fatta con gli atteggiamenti del terapeuta, circostanza che crea a sua volta uno stato di potere che può vulnerare il fondamento etico del rapporto, per cui occorre non approfittare di questi fenomeni caratteristici del processo terapeutico.

Art. 519. I membri dell' équipe sanitaria dell' area della psichiatria, per eseguire ricerca scientifica, sono obbligati a osservare la normativa nazionale e internazionale nonché le regole di cui al presente Codice.

Art. 520. I membri dell' équipe sanitaria dell' area della Psichiatria coinvolti in ricerca genetica sui disordini mentali, avranno una speciale cura del fatto che l' informazione genetica non compromette soltanto la persona dalla quale essa è stata ottenuta ma che la scoperta può avere effetti negativi e dissociativi nelle famiglie e nei loro gruppi di appartenenza.

Art. 521. I membri dell' équipe sanitaria dell' area della Psichiatria sono obbligati a proteggere i propri assistiti e ad aiutarli nell' esercizio della loro autodeterminazione nel maggior grado possibile nei casi di donazione di organi e di tessuti per trapianto.

Art. 522. L' Associazione Medica Argentina aderisce alla Dichiarazione di Madrid, Spagna (1996), approvata dall' Assemblea Generale dell' Associazione mondiale di Psichiatria.

Capitolo XXXII

DELLE CURE DEL PAZIENTE PORTATORE DI AIDS

La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) è la più importante epidemia mondiale che colpisce le nazioni dell'era industriale, siano esse sviluppate, in fase di sviluppo o sottosviluppate, senza alcuna eccezione.

La forma di propagazione attraverso gli aspetti più personali della vita costituisce una problematica a confronto con le politiche sanitarie degli stati sovrani, per quanto riguarda gli aspetti pubblici e privati, in questo ambito intimamente legati tra loro benché sul limite tra "ciò che è personale" e "ciò che è pubblico".

Nel presente Codice vengono trattati: la discriminazione dei soggetti infetti, la confidenzialità e i limiti della confidenzialità stessa, così come l'esercizio dei poteri dello Stato per limitarne la propagazione, la cui diffusione costituisce ormai un pericolo per la civiltà.

Art. 523. Come esempio attuale di epidemia mondiale, l'AIDS ha trasformato la discriminazione in un fenomeno che divide le nazioni, i gruppi etnici, culturali e sessuali, senza rispettare età, condizioni di vita né diritti legalmente acquisiti.

Art. 524. È grave mancanza etica da parte dei membri dell'équipe sanitaria la discriminazione di soggetti portatori di AIDS nel negare loro diritti, benefici o privilegi, quando i rischi per la salute siano soltanto teorici o quando l'atteggiamento delle persone sia socialmente accettabile, visto che il rischio di trasmissione dell'HIV attraverso i mezzi comuni è remoto.

Art. 525. I membri dell'équipe sanitaria non possono partecipare a campagne di discriminazione, specie se fomentate per ostilità ai gruppi sociali ritenuti legati all'AIDS (omosessuali, tossicodipendenti e prostitute).

Art. 526. I membri dell'équipe sanitaria sono obbligati a rispettare completamente il principio di confidenzialità nei confronti di assistiti portatori di AIDS, anche nelle situazioni di esigenza legale di notifica a scopo di prevenzione, dovendo seguire tutte le misure possibili per osservare le leggi e l'Etica della professione relativamente al segreto medico.

Art. 527. I membri dell'équipe sanitaria, siano essi funzionari o meno, sono obbligati a compiere i maggiori sforzi per armonizzare i diritti privati con il concetto di bene

comune della salute pubblica, studiando le esperienze dei paesi in cui siano osservati entrambi gli aspetti con un basso livello di controversie sociali.

Art. 528. Le misure proposte devono poggiare su rigorosi criteri etici e legali per limitare la propagazione della malattia, quest' ultima criterio superiore della salute pubblica, insieme al meccanismo che eviti la pubblicizzazione dei nomi di chi soffre la malattia.

Art. 529. La confidenzialità diviene specialmente complessa qualora il soggetto affetto facesse correre rischi a terzi e rifiutasse di far conoscere la propria condizione o impedisse all' équipe sanitaria di farlo invocando il segreto professionale. È etico, e anche legale, che in tali circostanze i membri dell' équipe sanitaria agiscano secondo il criterio del male minore, valendosi dalle autorità sanitarie e, se necessario, dalla giustizia, per fare ricorso per la tutela di terzi e di sé stessi per aver violato la confidenzialità, visto che questa è la loro competenza.

Art. 530. Vi sono Stati la cui legislazione prevede l' isolamento dei soggetti infetti che agiscono in modo pericoloso per gli altri. Sono in fase di discussione le forme di attuazione delle punizioni -da quella morale a quelle stabilite dal Codice Penale - poiché trattasi di un atto di tipo criminoso (tentativa di danno premeditato, tentativo di omicidio per vendita di sangue infetto essendo a conoscenza dell' esistenza della malattia).

Art. 531. I medici e gli altri membri dell' équipe sanitaria, dai quali si attende la maggiore collaborazione possibile, sono obbligati a enfatizzare gli atteggiamenti socio-etici relativamente alla dignità dei soggetti.

Art. 532. Sono eticamente prioritari:

- a) i programmi di formazione per tutti i cittadini,
- b) le prove volontarie di controllo,
- c) l' informazione a chi richieda consiglio,
- d) la prevenzione e il trattamento di chi utilizza sostanze psicoattive.

Art. 533. Lo Stato è obbligato a impegnarsi alla fornitura di farmaci nella quantità e dalla qualità necessaria secondo i progressi scientifici.

Capitolo XXXIII

DELLE CURE DEL PAZIENTE INCURABILE

Art. 534. Occorre tener presente la differenza che vi è tra:

- a) paziente incurabile,
- b) paziente incurabile in stato critico,
- c) malato incurabile in fase terminale.

Art. 535. In tutte queste categorie vige il principio generale segnalato dalla Dichiarazione di Venezia, secondo il quale: “Il medico è obbligato a guarire gli assistiti e, quando possibile, ad alleviare la sofferenza e ad agire per proteggere gli interessi dei propri pazienti”.

Art. 536. Il paziente critico è un malato con grave rischio di vita ma che ha ancora possibilità di recupero attraverso misure terapeutiche di cure speciali e con l'uso di tecnologia di alta complessità, in genere presso un' Unità di Cure intensive.

Art. 537. Il malato terminale è colui che ha un danno irreversibile che lo porterà al decesso in breve termine. Riceverlo in un' Unità di Cure intensive significa articolare i mezzi per tentare di prolungarne il processo della morte.

Art. 538. Nel caso di malato terminale occorre attuare le misure che gli consentano una morte degna, e sono ingiustificate procedure che prolunghino la sofferenza. L'esigenza di un atteggiamento etico medico significa evitare l'accanimento terapeutico di fronte a una situazione di vita irrecuperabile.

Art. 539. È altresì necessario ricordare che non vi è alcuna differenza di responsabilità morale individuale né operativa tra “l'agire” e “lo smettere di agire” e che l'autorizzazione primaria per l'una o per l'altra proviene dall'assistito e dal suo diritto di esercizio dell'autonomia a lui inerente.

Art. 540. L'esercizio dell'autonomia può essere espresso attraverso testamento, diretta comunicazione tra l'assistito e l'équipe sanitaria oppure attraverso i congiunti nel caso di incapacità, il che implica:

- a) mancanza di completa lucidità di mente;
- b) incapacità di comprendere l'informazione che gli viene fornita;

c) impossibilità di prendere una decisione volontaria.

Art. 541. Le decisioni dell' équipe medica per quanto riguarda l' astensione nell' uso o la sospensione dei mezzi di supporto vitale dovrebbero essere discusse e condivise dai membri del gruppo di assistenza e nel caso di dubbio o di mancato accordo, è pertinente il consulto al Comitato di Etica dell' Istituzione.

Art. 542. L' astensione o la sospensione dei mezzi di supporto vitale non significa in nessuna circostanza sottrarre l' assistito dalle misure che lo forniscano di comfort fisico, psichico e spirituale, trasferendolo se necessario nell' area di cure palliative.

Art. 543. Qualora ci fossero pareri diversi tra l' équipe sanitaria e i congiunti, è eticamente conveniente seguire alcune delle seguenti possibilità:

- a) consulto con un altro medico proposto dai congiunti,
- b) consulto con il Comitato di Etica dell' Istituzione,
- c) trasferimento dell' assistito ad un'altra Istituzione in cui l' équipe medica sia concorde con l' opinione dei congiunti,
- d) richiesta di intervento giudiziario da parte dell' équipe medica.

Art. 544. È obbligatorio il rispetto dei principi morali e/o religiosi di ogni assistito al momento della morte.

Art. 545. È obbligatorio rispettare le decisioni prese in vitam relativamente al destino della propria salma.

Capitolo XXXIV

DELL' EUTANASIA E DEL SUICIDIO ASSISTITO

Art. 546. Il malato terminale ha il diritto di avere una morte degna, con l' assistenza terapeutica convenzionale o meno, secondo le norme accettate, per evitare la sofferenza sia psichica che fisica e utilizzando all' uopo ogni supporto osservante il rispetto del diritto inerente alla dignità della persona.

Art. 547. Ogni misura volta ad alleviare le sofferenze fisiche o psichiche di un paziente deve essere applicata a seconda delle condizioni in cui questi si trovi ed esclusivamente come palliativo. In ogni caso, fra metodiche da simili risultati, verranno sempre scelte quelle meno dannose per la salute del malato.

Art. 548. In tali circostanze, il medico è obbligato a rispettare rigorosamente il Principio di autonomia dei propri assistiti, essendone eccezioni:

- a) i minorenni,
- b) gli incapaci di mente con diagnosi psichiatrica effettuata da uno specialista.

Art. 549. Qualora le misure palliative da attuare prevedessero un calo della resistenza fisica o mentale del malato, occorre prima avere dall' interessato il Consenso informato oppure, nel caso, il Consenso informato dei suoi legali rappresentanti, con il parere concorde di n. due medici diversi da quello sotto la cui direzione le prime venissero attuate.

Art. 550. È contraria all' Etica medica e quindi è mancanza grave la deficiente prescrizione di farmaci palliativi dei sintomi fisici o psichici sopportati da malati di grave malattia o di incidente, qualora ci fosse da parte degli stessi o dei loro legali rappresentanti il consenso per la somministrazione proporzionale ed efficace dei medicinali.

Art. 551. Il malato terminale ha il diritto di richiedere di essere sottratto dall' accanimento terapeutico per prolungarne la vita ed il medico è eticamente obbligato ad accettare tale diritto, nel rispetto dei valori della persona umana.

Art. 552. In nessun caso il medico è autorizzato ad abbreviare o a sopprimere la vita di un malato attraverso azioni o omissioni volte direttamente al conseguimento di questo fine. L' eutanasia per omissione è gravissima mancanza all' Etica medica e alla

normativa legale in vigore. Occorre sempre permettere la morte del malato ma in nessun modo provocargliela.

Art. 553. È conforme ai principi dell' Etica medica l' astensione da o la rinuncia all'adozione di misure terapeutiche di ogni specie volte a combattere patologie intercorrenti o nuove manifestazioni di un processo patologico precedentemente diagnosticato, relativamente ad un malato il cui decesso si ritenesse imminente a causa di grave malattia o incidente, qualora venissero giudicate eccessive -tenendo conto delle sofferenze o delle umiliazioni che comporterebbero per il malato circa la nulla o la loro scarsa effettività- e nonostante il malato avesse sottoscritto il Consenso informato con il consenso dei suoi legali rappresentanti. In ogni caso si procederà con il parere concorde di due medici diversi dal medico curante.

Art. 554. È conforme ai principi dell' Etica medica il prelievo dei mezzi artificiali di rianimazione qualora il malato si trovasse in vita vegetativa, giudicati come tali da dettame concorde di due medici diversi dal medico curante.

Art. 555. La distanasia o cura accanita artificiale e non necessaria dell' agonia in malati in vita vegetativa permanente è contraria all' esigenza etica della buona morte. L' unico caso in cui la distanasia è giustificata è di fronte a gravidanza assistita nell' interesse superiore del nascituro.

Art. 556. Senza pregiudizio di quanto sopra previsto, le misure di igiene e le cure proprie della situazione del malato verranno mantenute fino a quando ne venisse accertata la morte nei termini di Legge.

Art. 557. In qualsiasi dei casi sopra segnalati è possibile eseguire una terapia sperimentale dietro consenso dell' assistito o, in difetto, dei suoi rappresentanti, se dall' accurato esame ne risultasse imminente la morte per causa di grave malattia o incidente, se non ci fossero né il Consenso informato né l' interesse terapeutico di cui all' articolo precedente.

Art. 558. È gravissima mancanza etica la sperimentazione con un essere umano anche se ritenuta imminente la morte per grave malattia o per incidente dello stesso, se non ci fossero né il Consenso informato né l' interesse terapeutico di cui all' articolo precedente.

Art. 559. Il medico, individualmente o quale parte dell' équipe curante, ha il diritto di richiedere la tutela giudiziaria del diritto supremo della vita di fronte al rifiuto, da parte del malato incapace di mente e mancante di volizione accertati da Giunta medica, di accettare una terapia proposta e fattibile dal punto di vista scientifico per salvare la sua vita.

Art. 560. Non è consentito al medico in nessuna circostanza, poiché contrario all' Etica e alla Legge, effettuare procedure configuranti il tipo legale del Suicidio assistito.

LIBRO V

DEGLI ALTRI PROFESSIONISTI FACENTI PARTE DELL' ÉQUIPE SANITARIA

Capitolo XXXV

CONSIDERAZIONI GENERALI

Art. 561. Lo sviluppo moderno dell' Assistenza della Salute ha richiesto la formazione di personale qualificato per far fronte alle necessità di PREVENZIONE, DIAGNOSI, RECUPERO E RIABILITAZIONE dei cittadini. Il livello di formazione superiore, universitaria o meno, ha dato luogo nel nostro Paese ad un' adeguata risposta alle domande ed è così che ai giorni nostri ci sono più di trentacinque titoli diversi nell' ambito della formazione tecnico-professionale dell' area della Salute.

Art. 562. Secondo i criteri sostenuti dal presente Codice relativamente al significato e alla composizione dell' Équipe sanitaria, tutti coloro in qualche modo connessi a quest'ultima hanno responsabilità etiche benché in grado diverso a seconda delle attività svolte e secondo quanto previsto nei Libri I, II, III e IV.

Art. 563. Tutte le discipline delle branche dell' arte sanitaria sono obbligate a comprometersi con tutte le aree della conoscenza per esaminare i quesiti posti dall' Assistenza sanitaria e per definire il proprio inquadramento sociale, giuridico ed etico in cui esse vengono svolte.

Art. 564. Essendo la Salute responsabilità di tutti, siano professionisti o meno non appartenenti alle professioni delle Scienze mediche ma che agiscono nell' ambito della Salute, questi professionisti divengono Agenti nell' area della Salute, per cui nell' ambito della Salute sono obbligati a privilegiare gli interessi dei cittadini sugli interessi privati.

Art. 565. Essendo così numerose le attività legate all' équipe sanitaria, non vengono qui specificate allo scopo di evitare esclusioni involontarie e ritenendo che l' elenco comprenderebbe tutte quelle che direttamente o indirettamente possano avere significazione nell' ambito della Salute umana. Ciò nonostante diventa necessario esplicitarne alcune relative a professionisti tecnici dalla responsabilità primaria,

sottolineandone soltanto gli aspetti specifici, senza escluderne altri di cui agli articoli del presente Codice.

Art. 566. Nell' esercizio della professione, i diversi membri dell' équipe sanitaria sono obbligati ad accompagnare i propri nomi soltanto dai titoli legalmente riconosciuti, potendo aggiungervi indirizzo, numero di telefono, orario di ricevimento, diverse attività svolte e i titoli onorifici riconosciuti e ammessi nel territorio della Repubblica.

Art. 567. Nessun membro dell' équipe sanitaria con cariche elettive o amministrative può utilizzarle per accrescere la propria clientela, essendo inoltre contrario all' Etica la sottoscrizione di accordi o la realizzazione di atti che abbiano come scopo la speculazione sanitaria, dovendo inoltre evitare la partecipazione di terzi alle retribuzioni per i propri servizi professionali.

Capitolo XXXVI

CONSIDERAZIONI PARTICOLARI

A) Dei Farmacisti e degli Esperti in biochimica

Art. 568. Ogniqualvolta che sia necessario, i Farmacisti e gli Esperti in biochimica sono obbligati a consigliare ai propri clienti il ricorso alla visita medica o odontoiatrica di fronte a mancata assistenza medica o odontoiatrica previa. Inoltre, nessun Farmacista o Esperto in biochimica può modificare una prescrizione se non con l' accordo espresso e previo dell' autore. In nessun caso può influire sugli assistiti per l' assunzione di specifici farmaci.

Art. 569. I Farmacisti e gli Esperti in biochimica sono obbligati ad adoperarsi perché nessun consulto di tipo medico avvenga ovvero venga pattuito presso i propri uffici o laboratori da parte di nessun soggetto.

Art. 570. I Farmacisti o gli Esperti in biochimica sono la garanzia della qualità dei prodotti dagli stessi utilizzati, elaborati o commercializzati, e non sono in nessun caso semplici intermediari. Le loro opinioni e azioni hanno grande valore per la Salute dei cittadini.

Art. 571. Nel caso di farmaci, i Farmacisti non solo assumono la responsabilità di fronte agli assistiti della qualità del prodotto in origine ma sono anche obbligati a conoscerne esattamente la sicurezza durante il trasporto, lo stoccaggio e la distribuzione, come ad esempio, i farmaci che necessitano della catena del freddo.

Art. 572. Tutto quanto sopra espresso, oltre ad essere un obbligo etico, è anche obbligo legale, sia civile che penale.

B) Degli Infermieri

Art. 573. I professionisti, i tecnici e gli ausiliari di questa branca professionale sono obbligati a prestare i propri servizi:

- a) qualora una persona glielo richiedesse,
- b) nel rispetto della dignità insita della persona,
- c) senza opporre obiezioni per le convinzioni religiose, morali o etiche dei richiedenti né per il loro stato fisico o mentale,

d) possono esimersi per incompatibilità insorte da condizioni come quelle segnalate al comma c), informandone il dirigente.

Art. 574. Gli Infermieri sono obbligati ad adoperarsi per la tranquillità e la sicurezza dell' assistito, a cercare di alleviarne le sofferenze e a cooperare con i congiunti nelle richieste ragionevoli di questi ultimi. È contrario all' Etica propiziare o collaborare all' eutanasia attiva.

Art. 575. Il segreto professionale è una responsabilità etica e legale degli Infermieri. Qualora gli stessi partecipassero ad un' indagine, varranno le prescrizioni di cui al Libro III del presente Codice.

Art. 576. Nel caso fosse richiesta la loro dichiarazione da testimoni, sono obbligati a informare tale circostanza al dirigente e a richiedere l' assistenza giuridica del caso.

Art. 577. Di fronte a ogni obiezione circa la cura professionale da parte di colleghi, gli Infermieri sono obbligati a informarne il proprio dirigente e, se necessario, alla propria associazione professionale e addirittura alla giustizia ordinaria.

Art. 578. Gli Infermieri sono obbligati a mantenere aggiornate le proprie conoscenze sia per quanto riguarda l' assistenza dei soggetti che le cure ambientali e l' uso di sostanze tossiche.

Art. 579. Gli Infermieri sono obbligati a essere accurati nel rapporto con gli altri membri dell' équipe sanitaria.

Tra i diritti degli Infermieri si sottolineano:

- a) richiedere informazione da fonti responsabili;
- b) richiedere il parere del Comitato di Etica della propria associazione professionale o dell' istituzione in cui lavora.

C) Dello Strumentista chirurgico

Art. 580. Lo Strumentista chirurgico è obbligato ad assistere il malato dal momento in cui lo stesso entra in sala operatoria, a conoscerne la cartella clinica e l' atto chirurgico immediato, prevedendo la possibilità di cambiamenti del piano iniziale.

Art. 581. Lo Strumentista chirurgico è obbligato a evitare in tutti i casi di abbandonare il malato durante l'atto operatorio e di delegare su nessuna persona alcune delle funzioni che gli sono inerenti.

D) Dei Fisioterapisti

Art. 582. La responsabilità dell'assistenza kinesioterapica è indelegabile non potendo affidarla a personale ausiliare né assumere personale idoneo anche se studenti del Corso di laurea, per eseguire le attività di propria responsabilità.

Art. 583. Il Fisioterapista è obbligato a redigere la relativa cartella clinica e a preservarne la privacy.

Art. 584. Dal punto di vista delle pratiche ritenute eterodosse, il Fisioterapista è obbligato a ricordare che diverse procedure di questo ambito sono state riconosciute nella prassi medica, benché non tutte scientificamente e legalmente autorizzate.

E) Degli Odontoiatri

Art. 585. Per quanto riguarda l'Etica speciale dell'esercizio dell'Odontoiatria, hanno rilevanza le regole in seguito specificate:

- a) non è etico accettare quali collaboratori gli odontotecnici esercenti illegalmente la loro attività;
- b) è contrario all'Etica l'intervento di odontotecnici con il carattere di ausiliari in ambulatori odontoiatrici.

Art. 586. L'esercizio della professione di odontoiatra richiede investimenti economici in materiali, motivo per cui non agisce contrariamente all'Etica chiunque richiedesse in anticipo il pagamento parziale o totale dell'onorario del caso.

F) Degli Psicologi

Art. 587. Vista l'evoluzione sociale moderna, il loro ruolo è particolarmente significativo nelle seguenti aree:

- a) cura del paziente tossicodipendente,
- b) cura del paziente malato di mente,
- c) cura del paziente portatore di AIDS,

- d) cura del paziente incurabile,
- e) cura del paziente in situazione pre e post trapianto.

Art. 588. Vista l'importanza dei problemi sopra segnalati, è di particolare rilevanza che questi professionisti si adoperino per ricevere una formazione scientifica tale da consentir loro l' idoneità di base necessaria.

G) Dell' Ingegneria e dell' Architettura ospedaliera

Art. 589. Il professionista è obbligato ad esercitare la professione in accordo con le norme e con i principi scientifici accettati, premettendo che l' obbligo di proteggere la salute, la sicurezza ed il benessere dei soggetti, così come l' integrità e la sicurezza dell' habitat, degli stabilimenti e degli impianti delle istituzioni sanitarie dipenderà dal proprio giudizio professionale.

Art. 590. Il professionista è obbligato a custodire confidenzialmente l' informazione sugli aspetti medici ottenuta durante l' esercizio della propria attività professionale, con la sola eccezione della richiesta da parte della Giustizia o delle autorità competenti, o per motivi di sicurezza o di protezione della salute dei soggetti, o dell' integrità e/o sicurezza dell' habitat, degli stabilimenti e degli impianti delle istituzioni sanitarie.

H) Degli amministratori, dei revisori e di altri professionisti dell' area

Art. 591. Gli economisti, i commercialisti, gli amministratori e gli altri professionisti legati ai Servizi sanitari sono obbligati specialmente a difendere il principio etico di GIUSTIZIA relativamente all' assegnazione delle risorse e all' auditing delle procedure.

I) Dei Dietisti

Art. 592. I Dietisti sono obbligati specialmente a mantenersi lontano dall' influenza commerciale esercitata dai fornitori di prodotti dietetici.

Art. 593. I Dietisti sono obbligati a fare attenzione circa la qualità dei prodotti utilizzati nel loro lavoro professionale, specie di quelli suscettibili a situazioni di conflitto per la loro origine transgenica.

L) Delle Ostetriche

Art. 594. L'attività professionale delle Ostetriche non è autonoma e quindi è strettamente connessa al lavoro in équipe con lo specialista.

Art. 595. È grave mancanza etica e legale l'intervento di queste professioniste in procedure abortive anche sotto forma di semplice collaborazione.

M) Dei professionisti del Servizio sociale

Art. 596. La loro azione nell'intimità del soggetto e/o dei congiunti li obbliga particolarmente nelle attività connesse alla confidenzialità dell'informazione.

Art. 597. È grave mancanza etica la discriminazione basata nella conoscenza di aspetti privati dei soggetti sotto la loro gestione.

LIBRO VI

DELLA SOLUZIONE DEI CONFLITTI ETICI

Capitolo XXXVII

DEGLI AGENTI DEL CONFLITTO ETICO,

DEI REQUISITI DELLA DENUNCIA E DELLA LORO PROCEDURA

Art. 598. Ogni persona pubblica o privata che si ritenesse fondatamente coinvolta dall'azione o dall'inosservanza dei principi etici di cui al presente Codice, da parte di uno o di alcuni membri dell' équipe sanitaria, entro un anno dopo essersi verificato il fatto, può sporgere denuncia, secondo la procedura prevista e presso l' organismo in seguito indicato.

Art. 599. La denuncia verrà inoltrata dalla Segreteria dell' Associazione Medica Argentina e formulata per iscritto e sottoscritta, con allegati gli strumenti pubblici o privati che la riferiscano. Alla denuncia e agli strumenti che le danno sostentamento si allegheranno tante copie quante siano le parti denunciate, dovendo il denunciante segnalarvi gli estremi identificativi nonché l' attività svolta. Successivamente vi specificherà i fatti che hanno dato luogo alla denuncia, indicando specialmente gli Agenti nell' area della Salute coinvolti nel conflitto etico così come, se fosse il caso, i loro nomi e domicili, nonché i nomi e i domicili dei testimoni i quali, in numero non superiore a tre, potessero collaborare al chiarimento del conflitto. Il denunciante potrà, esclusivamente a proprie spese, essere patrocinato da un avvocato.

Art. 600. La denuncia verrà inoltrata attraverso la Segreteria Amministrativa dell' Associazione Medica Argentina e registrata sul Libro all' uopo tenuto, con: data di inoltro della denuncia, numero progressivo del Fascicolo, nome e cognome del denunciante e del convenuto e si aprirà un altro Fascicolo sulla cui intestazione risulteranno le stesse notizie.

Art. 601. Entro i 5 (cinque) giorni feriali successivi all' inoltro, il Fascicolo verrà trasmesso alla Cancelleria del Tribunale di Etica per la Salute (TEPLAS), costituito presso l' Associazione Medica Argentina, facendovi constare la data di inoltro sul Libro di cui all' articolo precedente.

Art. 602. Il TEPLAS esaminerà i precedenti segnalati e disporrà l' apertura dell' istruttoria qualora ritenesse che i fatti denunciati hanno la rilevanza etica del caso, conformemente a quanto previsto dal presente Codice.

Art. 603. Entro i 10 (dieci) giorni feriali successivi all' apertura dell' istruttoria preliminare, attraverso la Cancelleria del Tribunale di Etica per la Salute, dell' Associazione Medica Argentina, per mezzo probatorio verrà notificata la denuncia ai convenuti, recante in allegato le copie degli strumenti che la riferiscano. I convenuti avranno n. 15 (quindici) giorni feriali per inoltrare la comparsa di risposta con allegati gli strumenti di prova -nella stessa quantità di copie dei denunciati- sui quali risulteranno gli estremi identificativi e la professione. Sul fascicolo dell' istruttoria preliminare si faranno constare la data di inizio e la data di inoltro. Il o i denunciati potranno, esclusivamente a spese loro, essere assistiti da patrocinatore legale per la loro presentazione. La mancata risposta da parte del o dei convenuti sarà un precedente da valutare al momento della Delibera finale.

Art. 604. Gli atti avranno carattere riservato e potranno soltanto essere consultati dalle parti, dai loro patrocinatori legali e dalle persone debitamente autorizzate dalle parti.

Art. 605. Adempiuti i requisiti e i termini di cui sopra, il Tribunale di Etica per la Salute dell' Associazione Medica Argentina citerà le parti ad un'udienza di conciliazione, la quale avrà luogo presso la sede dell' Associazione Medica Argentina o nel luogo dalla stessa indicata, dovendo risultare sulla citazione il giorno e l' ora dell' adunanza e con un anticipo non inferiore ai 15 (quindici) giorni feriali dalla data fissata.

Art. 606. Fermo restando l' effettivo adempimento delle norme di cui al presente Capitolo e allo scopo di garantire completamente alle parti la dovuta procedura, il TEPLAS potrà disporre posticipazioni dei termini e potrà altresì adottare le misure ritenute opportune per la miglior soluzione del conflitto etico. All' uopo e per gli effetti sopra indicati, il TEPLAS potrà stabilire le norme di procedura ritenute utili o convenienti.

Capitolo XXXVIII

DEGLI ORGANI E DELLE ISTANZE DI MEDIAZIONE

DELLA DELIBERA DELLE SANZIONI

Art. 607. Organo per la mediazione:

Nell' ambito dell' Associazione Medica Argentina verrà costituito un Tribunale di Etica per la Salute (TEPLAS), composto da soci dell' Associazione Medica Argentina, e specificamente: 5 (cinque) membri effettivi e 5 (cinque) membri supplenti, i quali sostituiranno i primi in caso di assenza o di incapacità e secondo l' ordine di nomina.

Rimarranno in carica per il termine di 4 (quattro) anni e potranno essere rieletti conformemente e contestualmente alle elezioni dei membri del Tribunale di Onore dell' Associazione Medica Argentina, come stabilito dagli Statuti e dal Regolamento delle votazioni dell' Associazione Medica Argentina. Il Tribunale delibererà con la presenza di almeno 3 (tre) dei suoi membri.

Verranno proposti per far parte del Tribunale di Etica per la Salute i professionisti delle diverse aree delle Scienze della Salute, fra i soci dell' Associazione Medica Argentina, i quali per i loro precedenti e per la loro esperienza siano identificati con i principi e con gli obiettivi degli atteggiamenti etici di cui al presente Codice.

In nessun caso i membri del TEPLAS potranno essere citati per dichiarare o per dare testimonianza in sede giudiziaria relativamente ai casi in cui siano intervenuti.

Art. 608. Istanze di mediazione:

Adempiuti i requisiti di cui al Capitolo 37, l' istruttoria seguirà il seguente iter:

- a) In seduta del Tribunale di Etica per la Salute e davanti alle parti denunciante e convenuta -le quali potranno a loro spese essere assistite da legale patrocinatore- in primo termine verrà sentita la parte denunciante e successivamente la convenuta. Le manifestazioni potranno essere chiarimenti sui temi inerenti alla causa.
- b) Il TEPLAS cercherà di stabilire e di concordare con le parti i fatti e le circostanze che hanno dato luogo e hanno poi sviluppato il conflitto etico, la loro esistenza e gli effetti, per cui potrà disporre che l' una o l' altra parte sia sentita senza la presenza dell' altra, la quale aspetterà in un altro vano della sede fino a quando verrà convocata.
- c) Qualora non si verificasse concordanza fra le parti circa i fatti denunciati, nello stesso atto il TEPLAS disporrà la produzione delle prove offerte per il relativo accertamento in un termine di non oltre 30 (trenta) giorni feriali, quando

deporranno i testimoni offerti, i quali verranno interrogati e sentiti dal TEPLAS. Conclusa la fase probatoria, le parti verranno citate ad una nuova udienza di conciliazione.

- d) Qualora il TEPLAS ritenesse necessario convocare ulteriori udienze, tale circostanza verrà fissata attraverso un atto sul quale risulteranno giorno e ora delle stesse.
- e) Nel caso in cui le parti arrivassero ad una soluzione del conflitto, verrà redatto un verbale sul quale si trascriveranno i termini e gli effetti dell' accordo. Il verbale e tutte le copie in egual numero delle parti, verranno sottoscritti dal Presidente del TEPLAS e dalle parti, dovendosi trattenere l' originale con il Fascicolo.
- f) Nel caso di mancata conciliazione fra le parti si riterrà conclusa la fase di mediazione e se ne lascerà attestazione su un verbale il quale con le rispettive copie verranno sottoscritte dal Presidente del TEPLAS e dalle parti.
- g) Entro i 10 (dieci) giorni feriali successivi a quest' ultima udienza, le parti potranno presentare le proprie conclusionali sulla prova prodotta.
- h) Adempiuto quanto sopra, la causa sarà in fase di deliberazione da parte del TEPLAS, organo che nel termine di 30 (trenta) giorni feriali emetterà Delibera la quale ammetterà o meno in forma totale o parziale la denuncia, indicandone, se fosse il caso, le sanzioni che corrispondano. La Delibera verrà notificata in modo probatorio alle parti presso i domicili ad litem.
- i) La Delibera è inoppugnabile, ad eccezione del chiarimento relativamente a termini poco chiari ivi inclusi, dovendo essere interposto il ricorso fondamentato presso il TEPLAS entro i 10 (dieci) giorni feriali dopo la notifica della Delibera. Il ricorso potrà essere ammesso o meno entro i 15 (quindici) giorni feriali successivi all' inoltrato.
- j) La Delibera definitiva verrà comunicata per conoscenza alle Associazioni di cui facciano parte il denunciante e il convenuto, per la relativa annotazione sui loro fascicoli personali.

Art. 609. Delle sanzioni:

Perché il TEPLAS possa valutare la misura e gli effetti delle sanzioni deliberate, terrà conto dell' esperienza delle parti, i loro precedenti etici professionali, l' importanza della mancanza etica e le relative implicazioni etiche delle Scienze della Salute all' interno della comunità e dell' Associazione cui esse appartengono qualora si verificasse denuncia mendace. Concordemente con i predetti parametri, le sanzioni potranno variare dalla comminatoria fino alla sospensione dall' esercizio della professione nelle

Associazioni facenti parte dell' Associazione Medica Argentina per il termine che verrà stabilito, essendo la massima sanzione la dimissione definitiva dalle suddette associazioni.

Art. 610. Intervento giudiziario:

Nel caso qualsiasi delle parti ritenesse di essere affetta da illegittimità o da arbitrarietà manifesta relativamente ai propri diritti costituzionali, le stesse potranno, esclusivamente a spese loro, richiedere risarcimento giudiziario alle autorità di competenza.

RIFERIMENTI

1946. Codice di Norimberga.
1948. Dichiarazione universale dei Diritti dell' Uomo, Nazioni Unite.
1948. Dichiarazione di Ginevra, Associazione Medica Mondiale.
1949. Codice internazionale di Etica medica, Associazione Medica Mondiale.
1950. Codice per le infermiere, aggiornato nel 1976, Associazione americana delle infermiere.
1955. Codice di Etica medica, Confederazione medica della Repubblica Argentina.
1961. Codice di Etica medica, aggiornato nel 1986. Ordine dei Medici della Regione Buenos Aires.
1964. Dichiarazione di Helsinki, Associazione Medica Mondiale.
1968. Dichiarazione di Sidney, Associazione Medica Mondiale.
1970. Dichiarazione di Oslo, Associazione Medica Mondiale.
1973. Dichiarazione dei diritti dell' assistito, Associazione americana degli ospedali.
1975. Dichiarazione di Tokio-Helsinki II, Associazione Medica Mondiale.
1975. Norme per i medici relative alla tortura e ad altri trattamenti crudeli, inumani o degradanti o punizioni su persone detenute o incarcerate, Associazione Medica Mondiale.
1975. Dichiarazione medica mondiale, Dichiarazione di Venezia su malattie terminali.
1976. Diritti dei malati e dei pazienti terminali, Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa.
1977. Situazione dei malati di mente, Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa.
1977. Dichiarazione di Hawaii - Implicanze etiche specifiche della Psichiatria, Associazione mondiale di Psichiatria.
1981. Norme e regolamentazioni sulla Ricerca eseguita su feti, donne incinte, fecondazione in vitro e prigionieri, Codice delle Regolazioni federali degli Stati Uniti d'America.
1982. OMS-CIOMS (Consiglio delle Organizzazioni internazionali delle Scienze mediche), aggiornato nel 1993, Ginevra.
1983. Dichiarazione sull' Etica in Medicina, Associazione latinoamericana di Accademie di Medicina, Quito.
1984. Relazione Warnock Comité of Inquiry into Human Fertilization and Embriology. Presentata al Parlamento britannico.
1984. Dichiarazione sul maltrattamento e sull' abbandono del bambino, Singapur, Associazione Medica Mondiale.
1992. American College of Physicians Ethics Manual.
1995. Dichiarazione sui diritti dell' assistito, Lisbona, Associazione Medica Mondiale.

1996. Manuale di Etica e di deontologia del Chirurgo, Associazione argentina di Chirurgia.

1996. Dichiarazione di Manzanillo sulle implicanze etiche e giuridiche delle ricerche sul genoma umano. Programma latinoamericano sul Genoma umano.

1999. Codice di Etica della Funzione pubblica (D. n. 41/99).

www.ama-med.org.ar
info@ama-med.com