



IPASVI

**COLLEGIO IPASVI
DI BRESCIA**



IPASVI

**PROFESSIONE INFERMIERE:
RESPONSABILITA'
E CODICE DEONTOLOGICO**

AVV. GIANNANTONIO BARBIERI

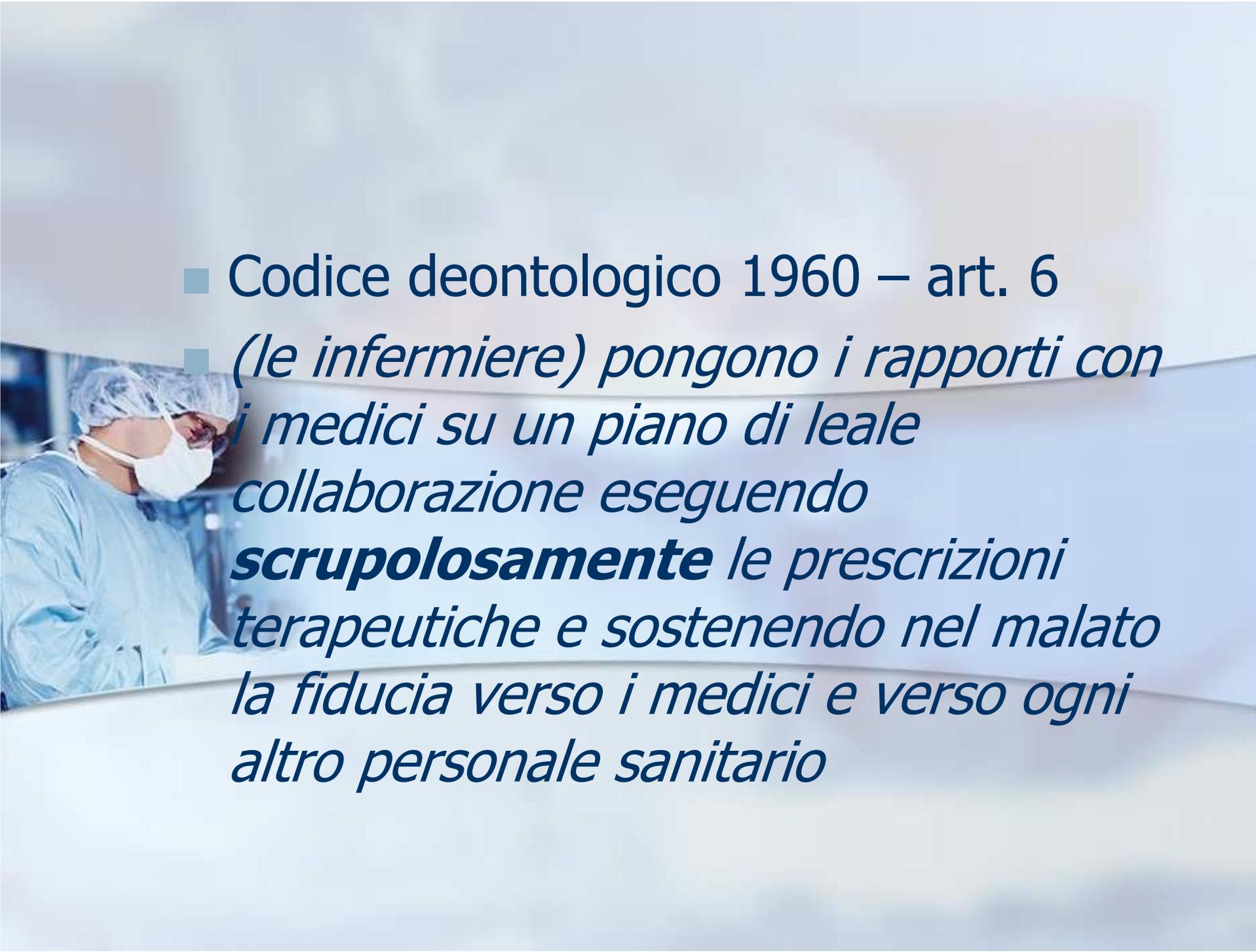
Brescia, 22 marzo 2014



*"... da un grande potere
derivano grandi responsabilità ..."*

l'Uomo Ragno, 1962

- 
- Codice deontologico 2009 art. 1
 - L'infermiere è il professionista sanitario **responsabile** dell'assistenza infermieristica

- 
- Codice deontologico 1960 – art. 6
 - *(le infermiere) pongono i rapporti con i medici su un piano di leale collaborazione eseguendo **scrupolosamente** le prescrizioni terapeutiche e sostenendo nel malato la fiducia verso i medici e verso ogni altro personale sanitario*

A blurred background image of a hospital room. In the foreground, a nurse wearing a blue surgical cap and a white face mask is looking down. The rest of the room is out of focus, showing what appears to be a patient bed and some medical equipment.

- Codice ICN 1953

- ... *L'infermiera ha l'obbligo di eseguire con intelligenza e lealtà gli ordini del medico...*

- ***Quello fra i capocorsia che non somministrerà personalmente, la mattina all'ora stabilita, sciroppi e medicine, stia un giorno senza pietanza***

- Da "Ordini che devono osservare gli infermieri del venerando Ospedale maggiore di San Matteo" 1650





■ Il Giuramento di Ippocrate

“Giuro su Apollo medico e su Asclepio e su Igea e Panacea e su gli Dei tutti e le Dee, chiamandoli a testimoni, di tenere fede secondo le mie forze e il mio giudizio a questo giuramento e a questo patto scritto.Non darò a nessuno alcun farmaco mortale neppure se richiestone, ne mai proporrò un tale consiglio”



- “E quanto vedrò e udirò esercitando la mia professione, e anche al di fuori di essa nei miei rapporti con gli uomini ... lo tacerò ritenendolo alla stregua di un sacro segreto”.



- *Deontology* termine coniato da Jeremy Bentham (Londra 1748-1832)
- *1834 Deontology or the Science of Morality*
- Usa il termine deontologia “*per la sola ragione che non esiste, nella parte originaria della lingua inglese, una singola parola con la quale si possa esprimere lo stesso significato*”



- “per deontologia si intende quel settore dell’arte e della scienza che ha per suo oggetto il fare in ogni occasione ciò che è giusto e conveniente fare”



- “il compito della deontologia consiste principalmente nella distribuzione degli obblighi; nel segnare sul campo dell’azione i luoghi nei quali si può ritenere conveniente che sorga un obbligo; e, in caso di conflitti tra obblighi derivanti tra fonti diverse, nello stabilire quale debba ottenere la preferenza e quale debba rinunciarsi. Gli uomini hanno bisogno di venire informati degli obblighi che gravano su di loro”



- Il termine deontologia:
 - a) È stato coniato a *tavolino* e quindi è privo di radici storiche
 - b) Deriva dal greco antico: $\delta\epsilon\omicron\nu\ \lambda\omicron\gamma\omicron\varsigma$ discorso sui doveri
 - c) Si è rapidamente diffuso nelle varie , tutte traduzioni, tutte rispettose della terminologia greca

Fonte: D. Rodriguez



- Il sostantivo deontologia è stato recepito per definire l'insieme delle regole *doverose* per il corretto esercizio di una data professione ed introdotto anche in Italia, in ambito dapprima medico e successivamente dalle altre professioni sanitarie, utilizzato da ordini, collegi, associazioni per denominare le rispettive codificazioni scritte delle norme comportamentali disciplinanti l'attività professionale.



- 1903 “Codice di etica e di deontologia” Ordine dei Medici della Provincia di Sassari
- 1910 O.d.M. della provincia di Torino
- 1960 Codice deontologico degli Infermieri



- La storia della deontologia è successiva al 1834
- L'equivoco è che si è arrivati a parlare e a scrivere di storia della deontologia medica, facendola decorrere da periodi nei quali la deontologia, sia come parole sia come concetto condiviso, ancora non esisteva.



- Il concetto di dovere non caratterizzava i documenti che riportano i principi ai quali il medico si è ispirato nelle varie epoche storiche per l'esercizio della propria professione.

■ Fonte: D. Rodriguez



- In questi documenti il medico non si riferiva al concetto di dovere ma a quello di *impegno* nell'interesse del paziente.
- Il dovere scaturisce da un obbligo estraneo ad una valutazione autonoma del soggetto agente, mentre l'impegno è l'espressione alta di una scelta. Il dovere è una imposizione eterna, anche se il singolo soggetto vi aderisce volontariamente.



- Dai primi documenti (Ippocrate, Mosè Maimonide ...) si è passati dall'assunzione di **impegni** all'esecuzione di attività per **dovere**

Ma cosa cambia?

L'importante è rispettare le regole !



- Il motivo per cui il professionista della salute realizza una data condotta non è irrilevante ma ha una importanza decisiva in quanto condiziona lo stile dell'agire quotidiano e l'adeguatezza della sua risposta ai bisogni dell'assistito



- Agire in funzioni di scelte – l'impegno – significa sapersi rapportare con la persona, analizzarne i bisogni e dare *risposte* confacenti
- Agire perché si *devono* rispettare le regole, rischia di far sì che non si comprendano fino in fondo i bisogni della persona



- Tuttavia
- L'impegno è caratterizzato da unilaterità: il sanitario esprime il proprio punto di vista.
- La dimensione deontologica stabilisce un dovere perché è riconosciuto un corrispondente diritto del paziente: apparentemente mette in risalto la bilateralità. Falso: è il professionista che sempre unilateralmente detta le regole del gioco



- Se si vuol che il codice deontologico sia il riconoscimento dei diritti del paziente e dei rispettivi doveri del professionista, allora esso deve essere negoziato fra le parti interessate

D Rodriguez



- Il C.D. è il documento dichiarativo dell'identità dell'infermiere.

L. D'Addio, 2008



- IL codice deontologico mette il professionista nella condizione di scegliere se voler *essere responsabile* perché è lo **strumento che permette di fornire *risposte*** all'infermiere stesso e/o all'assistito....



Il nuovo Codice deontologico sancisce definitivamente "*l'atto infermieristico*", inteso come il complesso delle attività, delle **responsabilità**, delle competenze e dei saperi dell'infermiere nell'esercizio della sua attività professionale in tutti gli ambiti e in tutte le situazioni.

A. Silvestro, Firenze, 2009

Legge 26 febbraio 1999, n. 42.

(Disposizioni in materia di professioni sanitarie)

■ ... *Il campo proprio di **attività** e di **responsabilità** delle professioni sanitarie ... è determinato dai contenuti dei*

- 
- decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali
 - e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base
 - **nonché degli specifici codici deontologici**

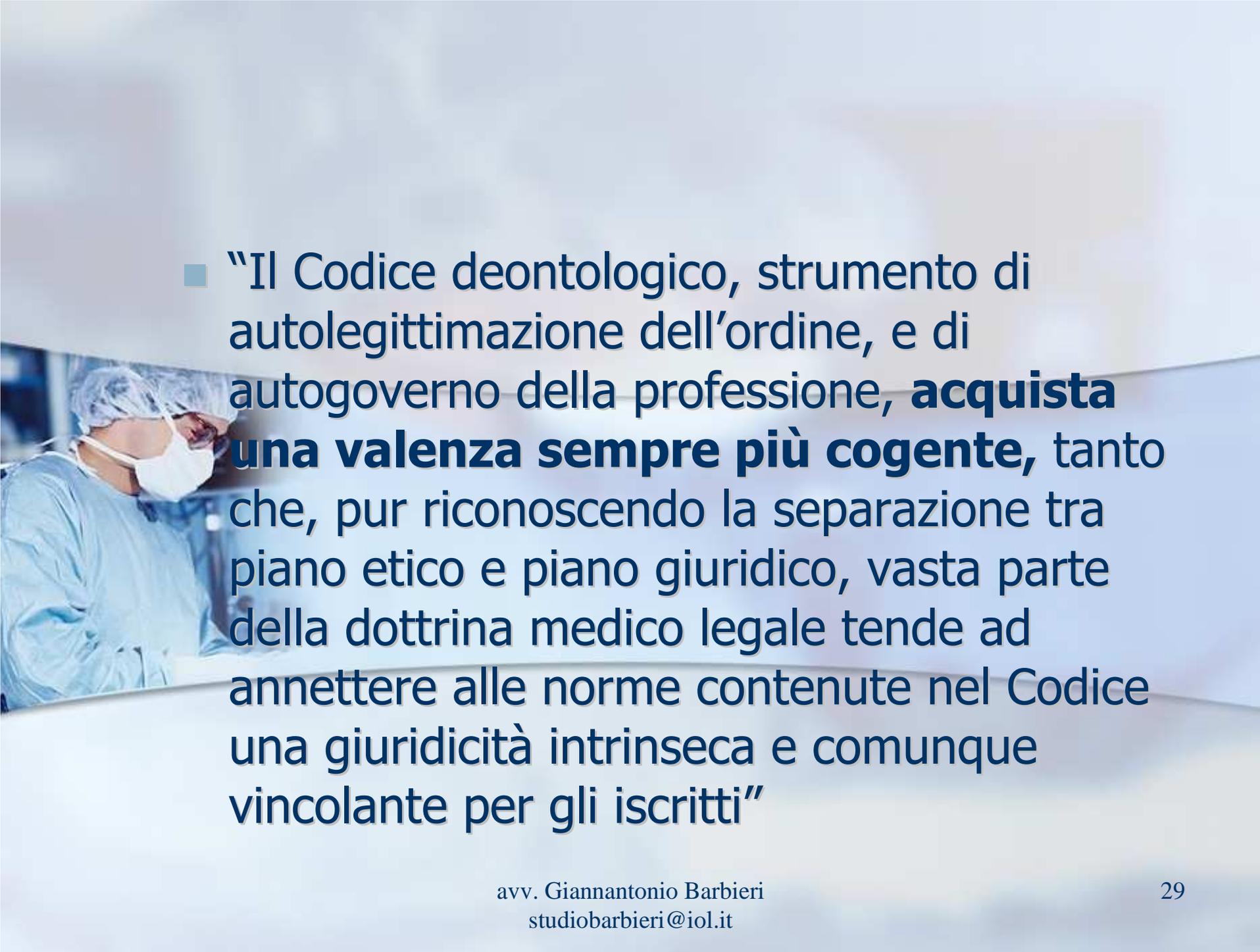
Legge 10 agosto 2001, n. 251

(Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche,)



Art. 1 Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche ... svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali **nonché degli specifici codici deontologici**

.....

- 
- “Il Codice deontologico, strumento di autolegittimazione dell’ordine, e di autogoverno della professione, **acquista una valenza sempre più cogente**, tanto che, pur riconoscendo la separazione tra piano etico e piano giuridico, vasta parte della dottrina medico legale tende ad annettere alle norme contenute nel Codice una giuridicità intrinseca e comunque vincolante per gli iscritti”



IL Codice Deontologico, che altrimenti avrebbe rilievo nei rapporti tra Collegio e iscritto, è diventato una **regola giuridica** in quanto recepito da una legge che lo ha fatto proprio e ha stabilito che il suo contenuto contribuisce a determinare l'autonomia e **la responsabilità dell'infermiere.**



- “... le norme del codice deontologico
..... si qualificano come norme
giuridiche vincolanti nell’ambito
dell’ordinamento di categoria”

- Cass. Sez Un. 6 giugno 2002, n. 8225



- “... regole di condotta che prendono origine dalla morale comune, ma che poi ulteriormente si qualificano per la particolare *sensibilità etica e culturale* dei professionisti e per la molteplicità e complessità delle *istanze umane* che l’esercizio della professione pone *continuamente* innanzi a ciascuno di loro”

■ Fonte: Piscione P., voce *Professioni* (disciplina), in *E.d.D.*, vol. XXXVI



- Il complesso dei *doveri* professionali dell'infermiere può considerarsi sotto un triple aspetto:
- Giuridico
- Deontologico
- Morale



- **Giuridico:** riguarda quei doveri l'inosservanza dei quali comporta sanzioni penali o amministrative;
- **Deontologico:** comprende le norme di etica professionale che, non osservate, comportano sanzioni disciplinari da parte dell'Ordine/Collegio professionale;
- **Morale:** l'osservanza di principi etici generali, indipendente dal timore di ogni possibile sanzione e soggetta al solo giudizio interno della coscienza



- *L'essere* responsabile dell'infermiere, allora, si realizza non solo quando vengono osservate le norme strettamente giuridiche e deontologiche, ma quando e soprattutto vengono osservate le norme morali. Tutte queste norme insieme possono e devono garantire, sempre e concretamente, la tutela di chi si affida al professionista per l'assistenza e la cura



- I temi "giuridici" del codice
- *primum non nocere*
- ... La tutela della riservatezza
- ... Fine vita Accanimento terapeutico ... (accanimento assistenziale?)
- ... Informazione e consenso ... e il dissenso??
- Amministratore di sostegno
- Dov'è l'infermiere?
- La nutrizione e l'idratazione sono terapia???



- I **responsabili** dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e **assistenza della persona**, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso di cui all'art. 407 o a fornirne comunque notizia al pubblico ministero codice civile art. 406

art. 33 codice deontologico



- Deve essere riconosciuto al paziente un vero e proprio diritto di non curarsi, anche se tale condotta lo esponga al rischio stesso della vita

Cass. Civ. 15 settembre 2008, n. 23676

Articoli 36 e 37



- Costituzione art. 1
- La repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo
- Cost. Art. 21
- Tutti hanno diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero..



■ *Articolo 8 CD*

L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo.

L'infermiere, qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della **CLAUSOLA DI COSCIENZA** facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.



- Il termine clausola di coscienza é stato usato per la prima volta dal Comitato Nazionale di Bioetica nel parere del 28 maggio 2004 che si riferiva alla pratica della contraccezione d'emergenza.



- Comportamento non violento di chi rifiuta osservanza ad una norma giuridica positiva in base a motivazioni derivanti da un “dover essere” espresso dalla normatività della propria coscienza
- *Antigone che rifiuta di ubbidire al decreto di Creonte che vietava di dare sepoltura al corpo del fratello Polinice*



- La vera obiezione è quella *contra legem*. E' un valore. E' un "dover essere" espresso dalla normatività della propria coscienza
- IL conflitto di Antigone – *eterna eroina del diritto naturale* (J. Maritain) - tra l'imperativo della coscienza morale e comando dell'autorità politica



- Pur essendo tale “clausola di coscienza” concetto più sfumato rispetto all’obiezione di coscienza, riconosciuta dal nostro ordinamento giuridico solo nei casi di aborto, servizio militare e procreazione medicalmente assistita, tuttavia sul piano sostanziale costituisce diritto assimilabile a quello proveniente dall’obiezione di coscienza e trova la sua consacrazione nella disposizione di cui all’art. 19 del Codice di deontologia medica del 1998.
- **E una disposizione che attribuisce alla coscienza uno spazio di espressione maggiore rispetto a quello che risulta esplicitamente attribuito dalle disposizioni di legge.**
- Il diritto dell’infermiere all’obiezione di coscienza non può comunque, in alcun modo ledere il diritto dell’assistito a una prestazione che l’ordinamento giuridico riconosce come dovuta
- E’ necessario pertanto individuare un **punto di equilibrio** che consenta a tutti i soggetti coinvolti di poter esercitare i loro diritti senza che ciò implichi difficoltà rilevanti e restrizione di fatto delle libertà e dei diritti civili e sociali riconosciuti che porterebbero a inevitabili contenziosi.



E l'informazione?



- ***è opportuno tacere la verità al malato nel suo stesso interesse; dare al paziente che fa domande risposte veritiere significa correre il rischio di causargli grave danno”***

Percival T., Medical Ethics, 1803



- ***"proprio in ragione della fiducia che il paziente pone nel medico è opportuno sospendere qualsiasi eventuale diritto alla verità"***

Percival T., Medical Ethics, 1803



- ***Il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione ed alla relazione è tempo di cura"***

Carta di Firenze, 2005



- ***"Per arrivare a una diagnosi corretta c'è bisogno di corrette informazioni, e il modo migliore di ottenerle è stabilire un buon rapporto con il paziente"***

Groopman, J, *Come pensano i dottori*, Mondadori, 2008



- *Articolo 20*

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

- ***"i ricercatori hanno notato che, in media, i medici, interrompono i pazienti dopo diciotto secondi che iniziano a parlare"***

Groopman J, Come pensano i dottori, Mondadori, 2008



- Il consenso dev'essere frutto di un rapporto reale e non solo apparente tra *medico* e paziente, in cui il sanitario è tenuto a raccogliere un'adesione effettiva e partecipata, non solo cartacea all'intervento. Esso non è dunque un atto puramente formale e burocratico ma è la condizione imprescindibile per trasformare un atto normalmente illecito (la violazione dell'integrità psico-fisica) in un atto lecito, fonte appunto di responsabilità. Incombe pertanto sul *medico* un preciso obbligo di ottenere il consenso del paziente, dopo averlo preventivamente informato.

Trib, Milano, 2847/2008



- L'informazione nei confronti dell'assistito consiste in un processo attivo di comunicazione tra il professionista della salute, che fornisce notizie e persona, che chiede delucidazioni e interroga su quanto prospettato;

Rodriguez D., Aprile A., Medicina legale per infermieri,
Carocci Faber, 2004



- essa va proposta, pertanto, in modo da stimolare chi la riceve a una partecipazione critica al problema ed eventualmente, ma non necessariamente, a una connessa decisione; non si esaurisce in un solo colloquio, ma si sviluppa nell'arco dell'intero processo assistenziale.

Rodriguez D., Aprile A., Medicina legale per infermieri,
Carocci Faber, 2004



Ogni professione sanitaria ha un ambito di informazione nei confronti della persona con contenuti propri

E' inammissibile l'informazione per interposta persona e, in particolare, la prassi della *delega* da parte del medico nei confronti dell'infermiere a fornire al soggetto informazioni di carattere diagnostico-nosografico, terapeutico e prognostico

Rodriguez D., Aprile A., Medicina legale per infermieri,
Carocci Faber, 2004



- “Il curante deve possedere sufficienti doti di psicologia tali da consentirgli di comprendere la personalità del paziente e la sua situazione ambientale, per regolare su tali basi il proprio comportamento nel fornire le informazioni”

*Comitato Nazionale di Bioetica,
Informazione e consenso all'atto medico,
1992*



- Art. 28 cd
- L'infermiere rispetta il *segreto* professionale



"Io giuro che, secondo le mie forze e il mio giudizio osserverò questo giuramento e questi precetti: qualunque cosa io veda o oda durante la cura, che non sia da divulgare, ovvero anche fuor della cura nei rapporti della vita, la tacerò come cosa che non è permesso dire"

IPPOCRATE – 400 A.C.



*"Tutto ciò che vedrò od udirò, sia
durante l'esercizio della mia arte,
che al di fuori di questa, e che non
deve esser divulgato, io lo terrò
segreto e lo avrò in considerazione
di cosa sacra"*

IPPOCRATE – 400 A.C.



"non divulgherete nessun segreto che vi sia stato confidato e non accetterete a nessun prezzo di recare danno e di distruggere"

(Assaf, medico israelita - VII sec. d.c.)

"non divulgherò a chicchessia il segreto che mi è stato affidato"

(Amatus Lusitanus, medico portoghese – XVI sec.)



*"quando sarò ammesso nell'intimità
delle case, i miei occhi non
vedranno nulla di quanto vi avviene,
la mia lingua sarà muta riguardo ai
segreti che mi verranno confidati"*
(giuramento medico di Montpellier)



- *"Il timore del mancato rispetto della riservatezza da parte del sanitario potrebbe dissuadere il malato dal farsi curare"*
- *"L'assistenza rende necessaria la confidenza, che a sua volta esige la fiducia, la quale implica la riservatezza"*

Muteau, 1870 – Brouardel, 1893



- Il segreto è un *qualcosa* di assoluto e di superiore che trascende addirittura l'interesse del malato e che dura nel tempo oltre la fine del trattamento, oltre la guarigione o la morte del malato stesso. E' un impegno tacito ed implicito d'onore rispetto al patto terapeutico/assistenziale inizialmente sottoscritto



LA NOZIONE DI SEGRETO

Non sarebbe forse pericoloso affidarsi ad una definizione normativamente vincolante?



LA NOZIONE DI SEGRETO

Il concetto di segreto è ancora segreto

(Calder)



segreto: è ciò la cui conoscenza non deve varcare la cerchia degli interessati a conoscerlo

(De Marsico, 1949)



- Il segreto non è una cosa, non una notizia, non è un fatto ma è una *relazione* che intercorre tra la conoscenza di cose o fatti e un determinato soggetto

(Crespi, 1952)



- Le professioni sanitarie comportano per gli operatori l'acquisizione di notizie di carattere riservato che riguardano, oltre alle condizioni di salute del paziente, anche ben altre verità della sua sfera privata.
- La gestione di tali dati, da parte dei sanitari, deve avvenire nel pieno rispetto della riservatezza.



- **CP art. 622. *Rivelazione di segreto professionale.* Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da Euro 30 a Euro 516.**



LA RIVELAZIONE DEL SEGRETO

- non custodendo in modo adeguato le cartelle cliniche, le cartelle infermieristiche, i diari, le schede, ecc.;
- scrivendo la notizia in un documento o permettendo che altri – non vincolato al segreto - ne prenda nota o tradendo la riservatezza in pubblicazioni scientifiche o interviste;
- Presentando il referto nei casi non dovuti
- parlando apertamente del segreto



- “L’infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito”

■ Art. 48 C.D. 2009



- **La struttura sanitaria risponde del danno da disorganizzazione, quale danno conseguente alla violazione dell'obbligo accessorio connesso alla prestazione principale, di non recare danno ingiusto al paziente per omissione di diligenza nel predisporre gli strumenti necessari all'esatto adempimento della prestazione sanitaria**

- Chindemi D., La responsabilità della struttura sanitaria, in Sanità pubblica e privata, Maggioli, 2006/ 2 pag.28 e segg.



- In Francia è stata accertata la responsabilità di una struttura sanitaria per il cattivo funzionamento del servizio di posta interna per il ritardo con il quale è stato comunicato ad una paziente in stato interessante che il nascituro era affetto dalla sindrome di Down, non consentendo così all'interessata di poter ricorrere all'interruzione volontaria della gravidanza.

Tribunale di Versailles, 8 luglio 1993



■ ***“La lezione pratica più importante da insegnarsi alle infermiere è di spiegare loro ciò che debbono osservare, come debbano osservare, quali sintomi indichino un ammiglioramento, quali tradiscano il contrario, quali siano d'importanza, quali non ne abbiano veruna, quali siano evidenze di trascuranza, e di quale razza sia questa”***

Florence Nightingale





- ***"Tutti coloro che debbono osservare ammalati o moribondi dovrebbero riflettere sul passato, cercando di registrare fra le loro osservazioni i segni precursori di tali ricadute, accessi, o morti, invece di asserire che non ve ne erano, o erano fallaci".***

Florence Nightingale





- Art. 27 Cd
- L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una efficace gestione degli **strumenti informativi**



- **Essa** (*la cartella infermieristica, n.d.r.*) è un **documento fondamentale** secondo le moderne concezioni dell'assistenza socio-sanitaria. La cartella infermieristica è uno strumento specificamente riconosciuto dal D.P.R. 384 del 28 novembre 1990 che recepisce l'accordo per il contratto collettivo  dei dipendenti del SSN (artt. 69 e 135). L'adozione della cartella viene indicata, da tale fonte normativa, quale elemento di valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica erogata. Peraltro, in mancanza di una puntuale determinazione normativa inerente i dati assistenziali e sanitari da riportarsi nella predetta, **il contenuto della cartella deve ricavarsi dall'attività infermieristica**, così come oggi la intende il quadro normativo dopo le innovazioni apportate con le riforme all'esercizio professionale operate dalle leggi 42/1999 e 251/2000.

T.A.R. Trentino-A. Adige Trento, 14.03.2005, n.75



- ART. 47 CD
- l'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo e appropriato delle risorse, e la valorizzazione del ruolo professionale



- *Il paradosso della medicina moderna*
- Nelle società avanzate diventa difficile curare tutti i malati a causa del continuo progresso della medicina.
- L'acquisizione di mezzi terapeutici sofisticati e idonei ad impedire all'uomo di morire per malattie fino a poco tempo fa mortali o incurabili comporta un costo che ne impedisce la generalizzazione, per cui la guarigione e la vita sono diventate di un prezzo così alto che la società non può permettersi il lusso di sostenerlo



- Quanto più progredisce la medicina, tanto più diventa difficile curare il malato. Dover decidere quali malati devono essere lasciati morire.
- Non è la sanità che orienta la farmacologia ma spesso è l'industria farmacia che condiziona la ricerca e l'assistenza sanitaria (es. farmaci orfani)



- Il culto del *salutismo* : l'intolleranza verso qualsiasi situazione di malessere, pur passeggera, considerata come una sconfitta

L'economia può raccordarsi all'etica?

(Sgreccia E. Manuale di Bioetica, 2002)



- Responsabilità sociale e individuale del sanitario, il quale *presta assistenza secondo equità e giustizia*, tenendo conto che *il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione necessaria per l'esercizio della professione* (CD Infermiere)



- Il ruolo del sanitario di fronte agli obblighi di legge e ai bisogni del singolo assistito?
- Da *"a ciascuno secondo i suoi bisogni"* a *"a ciascuno secondo i suoi bisogni nei limiti delle risorse disponibili"*
- Il rischio: il sanitario come doppio agente: del paziente e della struttura sanitaria (responsabilità verso il paziente/responsabilità verso gli aspetti finanziari della professione)



- Il rischio:
- Che il rapporto di alleanza, di fiducia, di assistenza tra sanitario-assistito diventi secondario rispetto a quello sanitario-struttura e che diventi un rapporto ***deresponsabilizzato***.



- Il sanitario si trova a dover valutare se i benefici dei trattamenti verso i loro pazienti sono degni dei costi della società
- Ma il sanitario ha il diritto-dovere di essere al servizio prioritario del malato, guidato dal fondamentale criterio del miglior interesse del paziente



- Ma per fare questo è necessario salvaguardare l'autonomia del sanitario nella sua relazione terapeutica-assistenziale col malato e gli elementi che garantiscono questa autonomia del sanitario sono l'**etica** e la **deontologia**



- *"Nel praticare la professione medica il medico deve, con scienza e coscienza, perseguire un unico fine: **la cura del malato** utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge e alle conseguenti relative **responsabilità**"*



- Il medico, che risponde anche a un preciso codice deontologico, che ha in maniera più diretta e personale il dovere di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza e che si pone, rispetto a questo, in una chiara posizione di garanzia,



- **non è tenuto al rispetto di quelle direttive**, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente, e non può andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare, rinunciando al proprio compito e *degradando* la propria professionalità e la propria missione a livello ragionieristico.



- “Se le "linee guida" richiamate dai giudici del gravame, addotte dall'imputato a giustificazione della decisione di dimettere il B., dovessero rispondere solo a logiche mercantili, il rispetto delle stesse a scapito dell'ammalato non potrebbe costituire per il medico una sorta di salvacondotto, capace di metterlo al riparo da qualsiasi responsabilità, penale e civile, o anche solo morale, poichè sul rispetto di quelle logiche non può non innestarsi un comportamento virtuoso del medico che, secondo scienza e coscienza, assuma le decisioni più opportune a tutela della salute del paziente”

Cass. penale., Sez. IV, 2,03.2011, n. 8253



grazie per l'attenzione!