

**Convegno nazionale Fnomceo**  
**Dagli stati generali ad una nuova deontologia**  
**Edizione integrale**  
**Ivan Cavicchi**

Quello che cercherò di fare oggi prendendo al volo un suggerimento del presidente Anelli è a partire dalla "questione medica"<sup>1</sup>, provare a definire un "preambolo" quindi dei prolegomeni per una riforma della deontologia.

Chiarisco subito, che a causa dei tempi limitati, le questioni che tratterò saranno pochissime e alcune di esse saranno scritte ma non saranno illustrate.

### **Un cambio di impostazione**

Cominciamo subito a mettere come si dice i "piedi nel piatto"

Se partiamo dalla "questione medica"<sup>2</sup> oggi la prima cosa che dobbiamo fare è un *cambio di impostazione*:

- oggi non è più possibile rinnovare il codice deontologico semplicemente aggiornandolo cioè aggiungendo degli articoli ad una struttura deontologica preesistente che resta invariante
- oggi proprio perché molti sono i riferimenti tradizionali della deontologia che sono di fatto saltati, il nuovo codice deontologico non può che prendere le mosse dalla questione medica.

Si tratta di un cambio di impostazione importante che prelude a quello che l'ordine di Trento, che 4 anni fa ha aperto la strada prima di tutti, ha definito una vera e propria "riforma della deontologia".<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> I. Cavicchi La questione medica. Come uscire dalla palude E.Book Quotidiano sanità 2015

<sup>2</sup> Stati generale della professione medica.100 tesi per discutere il medico del futuro Fnomceo 2018

<sup>3</sup> I. Cavicchi Ordine dei medici di Trento: Riformare la deontologia medica .Proposte per un nuovo codice deontologico Edizione Dedalo 2018

## **Il medico da ridefinire**

Andiamo avanti. Se è vero come è vero che la "questione medica" è prima di ogni altra cosa un problema di *ruolo, di identità, di funzione*, allora, il nuovo codice deontologico dovrà definire ciò che non è più chiaramente definito o è definito in modo contraddittorio e controverso.

Cioè dovrà definire ex novo il medico in tutti suoi aspetti.

La definizione di medico oggi non è più scontata come si pensa.

Oggi siamo nel tempo dei "ruoli contendibili" dove la contendibilità rischia di ridursi miseramente a un conflitto tra operatori sulle competenze sulle mansioni sulle funzioni.

Definire la professione del medico oggi per la deontologia non è un lavoro facile in particolare perché, oggi il medico non può essere definito senza essere definito nelle sue relazioni con il malato cioè nelle complessità del nostro tempo.

Non a caso Trento ha definito questo malato un "archè" cioè un principio fondativo. Penso che una cosa analoga debba essere fatta anche oggi.

## **I comportamenti**

Bene facciamo ancora un passo in avanti: dopo aver chiarito il gruppo di questioni che definiscono a vario titolo "l'identità" del medico, si tratta ora di definire i "*comportamenti professionali*" che ne derivano.

La funzione storica della deontologia, come è noto, è la definizione e la disciplina delle condotte professionali.

Le condotte professionali sono state fino ad ora abbastanza pre-definibili ma oggi, proprio la "questione medica", ci dice che la pre-definizione delle condotte non è così facile come si crede.

Tutti i comportamenti professionali fino ad ora decisi nei confronti della "malattia" (sottolineo malattia), quindi parliamo di comportamenti clinici dovuti, sono tutti più o meno riconfermati, mentre per i comportamenti professionali che dovrebbero corrispondere al malato (sottolineo malato) essi inevitabilmente vanno ridefiniti nelle *complessità delle relazioni* quindi vanno definiti in modo *intra res acta*. Cioè "nel bel mezzo" della realtà concreta.

I comportamenti *intra res acta*, per evidenti ragioni, sono definiti con il consenso del malato. Si tratta di comportamenti professionali che sono auspicati, desiderabili, ritenuti adeguati e che per ovvie ragioni non sono standardizzabili.

Se accettiamo l'idea che alcuni comportamenti non sono pre-definibili ma dipendono dalle relazioni che si hanno con il malato e dai contesti di riferimento a questo punto siamo in grado di allargare la definizione deontologica:

- da una parte avremo, in base al principio di legalità, i comportamenti consentiti (si può fare solo quello che è legalmente permesso)
- dall'altra parte avremo, in base al principio di liceità, i comportamenti attesi (in una relazione nell'interesse del malato si può fare anche ciò che non è legalmente vietato).

Resta scontato che i "comportamenti attesi" sono vincolati come i comportamenti consentiti a vincoli di beneficialità, di sicurezza del malato, ecc

### **La definizione deontologica dell'autonomia**

Andiamo avanti. A questo punto la domanda fondamentale che proprio la questione medica pone è:

*quale è il grado di autonomia intellettuale delle condotte professionali*

Credo che il nodo dell'autonomia sia quello più importante che la nuova deontologia dovrà affrontare.

Oggi, quale libertà di pensare, di fare, di decidere, ha il medico?

Vorrei però cogliere l'occasione per chiarire, ancora una volta, che, la questione dell'autonomia del medico, non è prima di tutto una questione giuridica o contrattuale (è anche ovviamente una questione giuridica) ma è prima di tutto la condizione epistemica fondamentale senza la quale il medico non è medico e non può fare questo mestiere.

Cioè l'autonomia è un dato costitutivo della sua identità. Se c'è autonomia c'è il medico se non c'è autonomia c'è uno pseudo-medico

L'autonomia intellettuale serve al medico per conoscere il malato. Senza autonomia intellettuale non può esserci conoscenza. E senza conoscenza non può esserci medicina.

Avere in sanità dei "non medici" è un assurdo costituzionale. Ritorno sulla mia vecchia tesi di sempre e cioè che la prima garanzia di cura per un malato è il medico che lo cura. Il malato non ha alcun interesse ad essere curato da un non medico o da un quasi medico.

### **Ma chi è il nemico più temibile dell'autonomia del medico?**

Per rispondere dobbiamo guardarci in dietro. In questi ultimi decenni la crisi dell'autonomia intellettuale del medico, comincia a farti sentire a partire da alcune leggi di controriforma adottate nel nostro paese in particolare quella che ha sostituito le Usl con le Asl, tutte ispirate più che da una legittima preoccupazione economica, da una forma grave di bilanciofrenia .

Ma si faccia attenzione lo scontro tra i bilanci delle aziende e l'autonomia professionale è stato uno scontro tra le ragioni dell'ideologia e le ragioni della scienza.

L'ideologia, sia chiaro, per quello che mi riguarda, in sanità ha svolto in alcuni casi un ruolo fondamentale (penso alla 180 alla 194 alla salute nei luoghi di lavoro ecc)ma mentre essa può, come pensiero orientare un altro pensiero, in nessun caso essa può pretendere di surrogare con le sue opinioni la scienza.

L'ideologia ha diritto di esistere ma come sistema di opinioni non come sistema di verità.

E' quando le opinioni vengono spacciate per verità che cominciano i dolori. L'ideologia no vax per noi è una ideologia inaccettabile semplicemente perché è un pensiero antiscientifico.

Penso che un capitolo particolare della nuova deontologia debba essere dedicato proprio all'evidente incompatibilità che in generale esiste tra professione medica e ideologia.

### **Economicismo**

Ma a parte i no vax oggi tra le ideologie che in questi anni hanno danneggiato profondamente l'autonomia intellettuale del medico ve ne è una che si chiama *economicismo*.

L'economicismo in sanità è una ideologia perché riconosce solo ai problemi economici una priorità e perché subordina la medicina alla soluzione dei problemi economici.

Esso in sanità e in medicina è una ideologia spaventevole perché fondamentalmente immorale alla quale però ricordo si sono ispirate ben tre controriforme della 833 (92,99,2001).

La maggior parte delle distorsioni subite dalla medicina pubblica quindi dai medici sono di sicuro riconducibili al problema dell'economicismo.

## **Il proceduralismo**

Oltre alla ideologia dell'economicismo ve ne è un'altra anche questa che viene con le aziende e che ha molto ridimensionato l'autonomia professionale del medico e che io propongo di chiamare: proceduralismo.

E' grazie alla combinazione di forti dosi di economicismo e di forti dosi di proceduralismo che la professione medica ha subito quel fenomeno che abbiamo definito "medicina amministrata"

Per questo inaccettabile orientamento le aziende ritengono due cose:

- difronte a certe priorità l'autonomia del medico deve essere minima
- il medico è semplicemente un problema da amministrare cioè un costo inevitabile.

Ma ai fini di una nuova riflessione deontologica vediamo meglio cosa intendiamo per proceduralismo.

Rammento che in medicina una verità scientifica è scientifica solo perché esiste un metodo quindi una procedura che la dimostra tale.

Il proceduralismo è una ideologia convinta che soprattutto difronte ai problemi economici dell'azienda:

- si possa separare il metodo che si usa per conoscere la malattia dalla conoscenza della malattia tout court
- si possa ridurre sostanzialmente la grande complessità della conoscenza a metodo.

Cioè detto in modo molto brutale che basta agire sul metodo per poter risparmiare sui costi inevitabili della conoscenza. Il principale costo della medicina altri non è che il costo che serve per conoscere il malato.

Ma in che modo il proceduralismo inteso come ideologia ha danneggiato il grado di autonomia del medico?

In due modi fondamentali:

- esso riducendo la conoscenza a procedura riconosce di fatto alla procedura un potere eccessivo e financo pericoloso. E' ovvio che se alla procedura diamo il potere per esempio di decidere ogni cosa, cioè di essere per ragioni economicistiche non facoltativa ma imperativa, lo spazio per l'autonomia del medico si banalizza ma si banalizza anche il valore della relazione e qualsiasi discorso sulla complessità.
- in questa società, con un certo genere di malato, nelle relazioni difficili con questo genere di malato, le procedure hanno degli inconvenienti per esempio sono nella loro ovvia imparzialità poco flessibili per essere veramente adeguate al malato reale, sono riduttive quasi fino alla banalizzazione, e in più tendono ad essere dogmatiche prescrittive e imperative.

In sintesi la separazione del metodo dalla conoscenza, per un medico significa dipendere esclusivamente dal metodo il che significa l'eliminazione automatica di quella conoscenza che dipende solo dal medico dalla sua esperienza, dalle sue relazioni dalle sue intuizioni ecc.

Ebbene fare del metodo l'unica verità è una ideologia che per il malato e per il medico comporta pesanti controindicazioni

Sia chiaro le procedure in medicina sono strumenti fondamentali per la conoscenza scientifica. Ma proprio perché procedure che aiutano il medico a conoscere esse vanno considerate al servizio

del medico. Quindi per riprendere Habermas<sup>4</sup> le procedure sono forme di legittimazione delle conoscenze di tipo sussidiario. Non a caso in tutti i codici deontologici esse sono sempre state considerate come non vincolative.

Nonostante la deontologia abbia sempre considerato le linee guida come non vincolanti per le decisioni del medico faccio notare che il principale argomento a difesa delle responsabilità professionali del medico nella legge 24 sono proprio le linee guida cioè le procedure. Credo che il futuro codice deontologico dovrà approfondire anche questa contraddizione

In sintesi oggi la nuova deontologia deve trovare gli antidoti tanto all'ideologia economicista che a quella proceduralista quindi deve fare un grande investimento sulla autonomia del medico.

Anche in questo caso io credo che il contributo dei giuristi sarà fondamentale.

### **Definizione discrete**

Tuttavia secondo me per combattere le prepotenze delle ideologie e affermare il valore dell'autonomia non basta riconoscere al medico giuridicamente una plus autonomia ma dobbiamo sostenere questa autonomia con quelle che gli epistemologi chiamiamo "definizioni discrete" cioè definizioni deontologiche dei valori in gioco

Mi spiego meglio.

Come ricorderete con la prima "riforma della riforma" (92) ai medici e agli altri operatori delle asl vengono sanciti due nuovi vincoli

- quello dell'appropriatezza
- quello della evidenza.

---

<sup>4</sup> A. ABIGNENTE Legittimazione discorso diritto. Il proceduralismo di J:Habermas , Editoriale scientifica 2003

Questi valori transitarono subito dalla norma di legge ai codici deontologici. Devo però precisare che soprattutto con Donabadien<sup>5</sup> il concetto di appropriatezza negli anni 90 quindi negli stessi anni in cui nascono le aziende nasce come un'idea kantiana cioè legata alla possibilità di migliorare la razionalità medica. Con le aziende l'idea kantiana di razionalità si perde per strada e l'appropriatezza diventa un discorso economicistico e prettamente ideologico.

Va da se che sui valori euristici di questi concetti non vale la pena neanche di discutere. E' sul loro uso ideologico che la deontologia è chiamata ad interrogarsi.

Nel 2014 la questione medica non era all'ordine del giorno e la Fnomceo licenziò l'ultimo aggiornamento del codice deontologico quindi il testo ancora oggi in vigore<sup>6</sup>, ma facendo un errore che a mio parere oggi proprio perché esiste una questione medica non possiamo ripetere.

Cioè non definì nel codice la sua autonoma idea di appropriatezza e di evidenza ma si adeguò semplicemente al significato corrente di questi concetti.

Il problema come tutti i medici qui presenti possono testimoniare è che il significato corrente di questi concetti ancora oggi è deformato proprio dalla ideologia per cui questi concetti furono usati in pratica contro i medici contendo loro ogni briciolo di autonomia.

Io credo invece che coloro che dovranno scrivere il prossimo codice deontologico dovranno approvare un glossario del codice quindi specificare bene i concetti coinvolti e attraverso delle definizioni discrete spiegarci con l'aiuto ripeto dei giuristi cosa è per i medici l'appropriatezza, l'evidenza ma anche l'adeguatezza, la pertinenza

Io credo che gli articoli che fino ad ora hanno definito il principio di proporzionalità o non proporzionalità delle cure (Art 16) e quelli che hanno definito i doveri del medico per "competenze" (art 3) debbano essere radicalmente ripensati.

---

<sup>5</sup> Donabedian La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione Carocci 1990

<sup>6</sup> Fnomceo Codice di deontologia medica 2014



Oggi la "questione medica" ci dice senza ombra di dubbio che il problema non è come dicono le aziende essere appropriato al costo più basso di un trattamento ma essere adeguato al grado di complessità del malato convinti che è l'adeguatezza la strada per combattere le diseconomie .

Trento non a caso nella sua proposta di quattro anni fa ha teorizzato l'obbligo da parte del medico di garantire trattamenti adeguati e in quanto tali privi di diseconomie .

Il trattamento adeguato è per definizione privo di diseconomie

Se il trattamento avesse delle diseconomie ingiustificate non sarebbe adeguato. Il concetto di adeguatezza è comprensivo degli aspetti clinici e economici

In conclusione: non abbiamo bisogno di ideologie per fare il nostro lavoro scientifico abbiamo bisogno di autonomia per garantire ai malati adeguatezza delle cure e alle aziende una ragionevole riduzione delle diseconomie.

## **Scienza e complessità**

Fino ad ora ho parlato continuamente di nuova complessità ma cerchiamo di essere meno generici. Si tratta di una complessità che pone un problema grande come una casa che è quello della definizione della scienza medica .La medicina scientifica non nasce dalla cultura che oggi chiamiamo della complessità Morin ma nasce dal suo contrario cioè nasce dalla medicina sperimentale di C. Bernard cioè dalla riduzione della realtà ad esperimento.

I medici debbono obbedire senza se e senza ma, a degli a priori scientifici che in genere chiamiamo "evidenze", altrimenti non sarebbero medici e la medicina non sarebbe una scienza, ma l'uso degli a priori scientifici, soprattutto nelle relazioni con il malato, e di fronte a gradi alti di complessità quindi di singolarità del malato, deve essere necessariamente pragmatico, cioè le verità scientifiche rispetto ad un malato singolare non possono limitarsi ad essere delle verità convenzionali ma devono funzionare concretamente e garantire adeguatezza dei trattamenti.

Questo vuol dire che i medici nelle complessità date per essere più pragmatici devono avere un grado di autonomia adeguato. Essere pragmatico vuol dire ottenere risultati facendo scelte adeguate dentro le complessità date.

Si tratta a questo punto di definire a partire dalla deontologia una nuova alleanza tra realismo e pragmatismo sapendo che essa è ormai una necessità del nostro tempo.

Giusto per fare un esempio di realismo e di pragmatismo vorrei citare l'idea di "Realismo dal volto umano"<sup>7</sup> di Putnam

### **A che serve essere realisti e pragmatici**

Fino ad ora i medici sono stati obbligati per statuto a conoscere le malattie attraverso l'osservazione scientifica dei fatti naturali, ora cioè da un po di tempo i medici loro malgrado e malgrado ciò che hanno studiato all'università, sono sempre più sollecitati a conoscere le malattie dentro delle relazioni.

Questo è dovuto al fatto che oggi oltre le "malattie" ci sono piaccia o no i "malati".

Cioè oggi (come scrivo ormai da anni) i "pazienti" non ci sono più e al loro posto ci sono gli "esigenti". Cioè oggi i medici hanno a che fare con un altro genere di malato

E' l'imporsi di un nuovo genere di malato che spiega sul versante sociale e culturale per esempio la conflittualità tra i medici e i cittadini tipica del nostro tempo.

In sintesi la conoscenza del malato passa sempre per la conoscenza dei fatti naturali cioè per le malattie ma dentro delle relazioni e dentro ei contesti cioè essa è diventata una conoscenza inter soggettiva. Conoscere dei fatti naturali in modo intersoggettivo accresce e non di poco la complessità della relazione di cura. Oggi quindi la vera complessità in medicina passa dentro le relazioni senza le quali essa non può essere epistemicamente conosciuta.

### **Le relazioni sono una questione epistemica**

---

<sup>7</sup> H. Putnam Il realismo dal volto umano Il mulino 1995

La mia tesi è semplice: se la relazione è un modo di conoscere la complessità allora la relazione è una questione eminentemente epistemologica

Per me il tema della relazione, non è riducibile a nessuna teoria dell'amabilità clinica e meno che mai a nessuna particolare abilità dialettica del medico nei confronti del malato.<sup>8</sup>

Certo che il medico di fronte al malato come ha scritto saggiamente il gruppo di Trento ha il dovere di:

- essere intellegibile cioè di usare un linguaggio adeguato,
- interpretare il linguaggio del malato ,
- distinguere le questioni del senso da quelle del significato
- assistere il malato nelle interpretazioni delle informazioni che egli riceve sulla propria malattia
- garantire con la propria conoscenza e la propria esperienza quello che "asserisce" il malato.<sup>9</sup>

Ma detto ciò l'importanza strategica delle relazioni va ben oltre i problemi della comunicazione e dell'informazione ecc

Se la nuova deontologia quindi la Fnomceo, non comprenderà che la relazione è la chiave per accedere ai grandi problemi della complessità del nostro tempo, la nuova deontologia non solo non sarà nuova per niente ma soprattutto rischierà di fare, come nel 2014, l'ennesimo buco nell'acqua.

## **La medicina quale scienza impareggiabile**

Oggi la medicina è una scienza impareggiabile<sup>10</sup> perché oggi essa è diventata una scienza dei fatti delle relazioni e dei contesti.

La nuova deontologia dovrà descrivere con puntualità l'impareggiabilità della medicina per una ragione molto pratica perché solo così sarà in grado di descrivere l'impareggiabilità della professione medica e quindi rivendicare per il medico quel diritto

---

<sup>8</sup> I Cavicchi la Clinica e la relazione Bollati Boringhieri 2004

<sup>9</sup> I Cavicchi Ordine dei medici di Trento op cit

<sup>10</sup> I. Cavicchi La scienza impareggiabile medicina medico malato Castelvecchi editore 2022

all'autonomia senza il quale parlare di impareggiabilità sarebbe ridicolo.

Se la medicina è una scienza impareggiabile allora il medico è giuridicamente un operatore impareggiabile per cui egli avrà bisogno anche di uno statuto giuridico impareggiabile.

Solo attraverso uno statuto sulla impareggiabilità del medico riusciremo a trovare una risoluzione congrua alla "questione medica"?

**Quindi il futuro codice** deontologico non dovrà limitarsi a ribadire il principio dell'autonomia professionale e cavarsela con qualche petizione di principio.

Al contrario, io credo, che il futuro codice dovrà predisporre le condizioni necessarie non per difendere l'autonomia che avevamo una volta ma per sviluppare la nuova autonomia che ci serve.

La questione dell'autonomia non passa per la sua apologia ma passa per la sua estensione.

Oggi non si tratta di recuperare l'autonomia rubata o perduta ma di costruire un genere nuovo di l'autonomia quello di cui abbiamo bisogno oggi in questa società in questa realtà per fare al meglio come sempre il nostro mestiere .

Grazie per la vostra pazienza.

## Bibliografia essenziale

- I. Cavicchi La questione medica Come uscire dalla palude. E. Book Quotidiano sanità 2015
- Stati generale della professione medica.100 tesi per discutere il medico del futuro Fnomceo 2018
- I. Cavicchi Ordine dei medici di Trento: Riformare la deontologia medica .Proposte per un nuovo codice deontologico Edizione Dedalo 2018
- A. Abignente Legittimazione discorso diritto. Il proceduralismo di J.Habermas , Editoriale scientifica 2003
- A. Donabedian La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione Carocci 1990
- I Cavicchi la Clinica e la relazione Bollati Boringhieri 2004
- I. Cavicchi La scienza impareggiabile medicina medico malato Castelvevchi editore 2022