

## Intervista

### Ivan Cavicchi

*Professore di Sociologia delle organizzazioni sanitarie e Filosofia della medicina, Università Tor Vergata, Roma.*

#### **Come valuterebbe la qualità di un codice deontologico?**

Per valutare un codice deontologico ci vuole un criterio. Potremmo ricorrere al “criterio di pertinenza” cioè valutare se il codice è pragmaticamente adeguato alla realtà del medico. Quindi “pertinenza come validità” vale a dire: assumere la realtà del medico, cioè i suoi problemi, limiti, contraddizioni, possibilità, quindi tutti i fenomeni che lo riguardano, come pietra di paragone e confrontarli con gli articoli del codice. Il codice è pertinente se risponde ai problemi che sono sul tappeto, cioè se li spiega deontologicamente, quale realtà e se tenta di risolverli.

#### **Ma il codice vale quindi solo per la professione interessata?**

No. Il codice e gli ordini hanno senso come strumenti che si rivolgono all’utente finale, che è il cittadino titolare di diritti. Il postulato di fondo di un codice che è anche quello che giustifica l’esistenza degli ordini è la difesa dei diritti dei malati attraverso la garanzia dei doveri professionali. Quindi un codice va valutato come mezzo attraverso il quale i doveri garantiscono i diritti. Laddove i doveri professionali non sono garantiti si suppone che vi possa essere un danno per i malati.

#### **Da dove partire?**

Partirei dai *presupposti* del codice dai quali sono dedotte le sue regole, con una doppia finalità: valutare se il codice è *coerente* con i suoi presupposti, valutare se i presupposti sono *pertinenti* sia nei confronti della professione e attra-

verso la professione nei confronti del malato. Questi presupposti sono sostanzialmente due: la sua premessa strategica, la sua definizione di deontologia.

#### **Quindi inizierei dalla premessa strategica.**

Quella dichiarata dalla Fnomceo è di “aggiornare” le regole del precedente codice deontologico (2006). Il suo scopo quindi non è “riformare” ma è “migliorare”, cioè rieditare in forma aggiornata il codice precedente, che a sua volta ha migliorato e ha rieditato quello ancora prima, ecc, come si fa con i trattati di medicina che si aggiornano ma senza mutarne mai il modello.

Si tratta quindi di capire: se il codice riesce a fare un buon lavoro di aggiornamento, se l’aggiornamento del codice è pertinente, se basta aggiornare per avere la pertinenza desiderata.

#### **E lei come valuta questo lavoro di aggiornamento?**

Il lavoro di aggiornamento del codice, valutando tutti i cambiamenti importanti della medicina e della sanità, risulta essere, *lacunoso* e *contraddittorio*.

*Lacunoso* perché ignora tante cose, cioè è disattento nei confronti dei tanti cambiamenti della realtà sociale, medica, e sanitaria. Un esempio per tutti: ignora il fenomeno più significativo che ha investito la medicina dei nostri giorni vale a dire la *“femminilizzazione della professione”*. *Contraddittorio* soprattutto perché: da una parte traslano sui comportamenti professionali i valori tipici dell’economicismo di questi anni anche se essi sono stati il più formidabile fattore di condizionamento dell’autonomia del medico (art 6); dall’altra esaltano il valore dell’autonomia quale valore incondizionabile (art 3, 4, 13, 79).

**La Fnomceo si è spaccata per la prima volta nella sua storia sull'art. 3 che se non sbaglio riguarda quello che lei fa intendere essere una contaminazione economicistica.**

Si è discusso molto sull'art 3, a proposito del rischio di condizionare le "attività" del medico con le "innovazioni organizzative e gestionali", (il che se fosse evolutivo di professionalità non sarebbe un problema), ma il vero nodo è nell'art 6, dove l'interdipendenza tra professione e gestione è apertamente dichiarata. In questo articolo gli atti della professione sono vincolati all'uso ottimale delle risorse, ai principi dell'appropriatezza e a quelli dell'efficacia, che sono principi in quanto tali inconfutabili, ma che agiti nelle realtà aziendali diventano tutto e il contrario di tutto. Oggi dopo l'intesa Stato regioni questi principi a proposito di falsa appropriatezza si rivelano un autogol. Ormai siamo alla medicina amministrata cioè a regole prefissate di prescrizione che il medico deve osservare pena la sanzione economica per lui e per il cittadino. L'autonomia del medico di cui parla il codice è diventata praticamente una petizione di principio. Un medico senza autonomia è un danno per i malati e una compromissione della professione. I medici rischiano di essere delle *trivial machine*.

**Ma secondo lei quali sono a questo proposito gli errori del codice?**

Sono principalmente due: assumere questi valori in modo decontestualizzato cioè acriticamente, e non subordinarli a regole deontologiche precise ed efficaci di salvaguardia dell'autonomia professionale.

**E per quanto riguarda la "definizione" di deontologia (art 1) cosa ci dice?**

È necessario valutare se le premesse dalle quali essa è dedotta sono pertinenti con la realtà. Le

premesse della definizione per essere pertinenti dovrebbero riferirsi ai problemi dei medici e dei malati ma in realtà esse si riferiscono a principi tautologici. Il codice "identifica le regole" ispirandosi "ai principi di etica medica che disciplinano l'esercizio professionale del medico "(art 1). In questo modo la definizione di deontologia che ci viene proposta è teorica e in quanto tale fuori dalla realtà e quindi non pertinente.

**Dove è il problema?**

Proprio la "questione medica", cioè l'insieme dei problemi professionali in tutta la sua eterogeneità, è la dimostrazione che i "principi" e i "valori" tautologici, dentro contesti finanziariamente complessi, sono fortemente condizionanti le autonomie professionali. Inevitabilmente un codice che non si rapporta ai problemi dei medici e dei malati finisce per essere irrealistico e rituale. Con ciò non sto dicendo che nel codice non si debbano definire principi e valori, ma solo che non basta enunciarli, serve cioè accompagnarli con dei "condizionali" che ne garantiscono l'uso e l'applicazione razionale e ragionevole. I principi per di più, anche quelli dell'etica medica, enfatizzano per loro natura i fini presupponendo una cosa che oggi in sanità non può più essere data, cioè che "i fini giustificano i mezzi". La "questione medica" dimostra esattamente il contrario, vale a dire, che nella pratica ordinaria oggi sono "i mezzi che giustificano i fini". Oggi i principali problemi dei medici nascono dal fatto che la loro autonomia, è subordinata all'impiego dei mezzi disponibili.

**È questo che lei intende quando sottolinea la contraddizione tra autonomia professionale e economicismo?**

Sì proprio così. Oggi partire dai principi e non dai problemi è una operazione discutibile anche perché si pensa che la deontologia sia una, cioè quella che corrisponde a certi principi, ma oggi

è molto riduttivo parlare di “deontologia” al singolare perché i fenomeni che interessano il medico e il malato sono tanti al punto da sollecitare più “etiche deontologiche”. Se questo è vero, allora il difficile è trasformare questo insieme in un sistema di regole non contraddittorio. Per armonizzare le regole tra loro ci vuole questa volta una idea/ideale di medico che coordini in modo evolutivo l’elaborazione deontologica. A partire da questa idea/ideale di professione si tratta di convocare e armonizzare tutte le etiche che ci servono per scopi deontologici. Nel codice questa nuova idea/ideale non c’è. Cosa fa il codice? Assume implicitamente quella del medico di ieri aggiornandola, non quella del medico di domani, cioè riformandola, cioè assume una idea tradizionale di professione che proprio perché tradizionale è rispetto ai mutamenti in essere inevitabilmente regressiva.

#### ***Cosa avrebbe dovuto fare il codice?***

Avrebbe dovuto abbozzare una idea/ideale di medico per il terzo millennio, delegare alla sua autonomia la mediazione tra i principi e la realtà, tra fini e mezzi, tra etica, scienza e economia, e condizionare con precisione la sua autonomia a dei criteri di “razionalità” e di “ragionevolezza” in grado entrambi di garantire tanto il raggiungimento del “giusto fine” quanto l’impiego del “giusto mezzo”.

#### ***Lei da tempo nei suoi scritti insiste con l’idea di medico quale “autore”, ce la vuole spiegare?***

L’idea di “autore”, che tutti mostrano di apprezzare in teoria, è una idea nuova di medico, un ideal tipo, calibrata sul terzo millennio, che in cambio di autonomia assicura responsabilità facendosi valutare sui risultati. Il medico autore può riprendersi l’autonomia perduta proponendosi quale mediatore ragionevole tra i principi, i valori e la realtà, tra i fini della medicina e i mezzi della sanità, tra l’azienda e la società. Se

non sarà sua la mediazione essa sarà di altri... cioè egli sarà suo malgrado mediato. Oggi dopo il def e soprattutto dopo l’intesa Stato Regioni stiamo affermando la medicina amministrata dove le mediazioni necessarie non è più il medico a farle ma è l’amministrazione che per farle pensa di etero guidare le prassi mediche con un pericoloso e rigido proceduralismo. Cioè regole presumibilmente scientifiche usate in modo burocratico predefinite di erogazione delle prestazioni.

#### ***Una questione del codice che ha fatto discutere è stata la definizione di malato, “paziente” e/o “persona”.***

Il lessico del codice, a questo proposito, è vario con alterni significati di base e alterni significati contestuali, ma il significato medio che prevale è “assistito”. Nel codice questo termine è ripetutamente usato sia come sostantivo che come attributo. Si tratta di un vecchio concetto di malato e che oggi è stato radicalmente rivisitato dalle teorie del nursing e che rientra negli ambiti concettuali e operativi delle scienze infermieristiche.

Il problema di come definire il malato, non è banalmente nominalistico perché chiama in causa i rapporti complessi tra semantica, deontologia e realtà. Mi spiego meglio con una domanda: i significati che il codice attribuisce al malato, nelle sue varie denominazioni, sono pertinenti nei confronti del malato reale? Premetto che a mio parere, come ho detto tante volte, la “questione medica” si spiega principalmente oltre che, con l’ingresso sulla scena del limite economico, anche con quella di una figura culturalmente e socialmente nuova di malato, il famoso “esigente”.

Entrambi i fenomeni, anche se in modo diverso, condizionano l’autonomia professionale del medico e interagendo hanno un effetto finale

spiazzante. L'esigente, è una metafora di ciò che è "altro" dal paziente, e per il medico costituisce un problema perché è un rilevante cambiamento antropologico, sociale e politico della sua "controparte di ruolo" che si emancipa dal suo vecchio status di "beneficiario" e che chiede al medico di essere un altro genere di medico, un rilevante cambiamento ontologico della sua premessa cognitiva dalla quale prende forma il ragionamento clinico e che chiede al clinico di essere un altro genere di clinico.

***In sostanza lei dice che un codice deontologico per essere pertinente non può ignorare ciò che chiede il malato, è così?***

Il codice perseguendo solo uno scopo di aggiornamento e non di riforma e quindi escludendo dai suoi *explananda* la ridefinizione culturale di malato si preclude qualsiasi possibilità di essere pertinente. Il suo paradosso è che il malato nuovo, indipendentemente da come chiamarlo, non è tra gli *explananda* che definiscono la deontologia. Il codice quindi è come se ignorasse i cambiamenti che riguardano il malato, limitandosi a chiamare il malato "assistito" e dedicandogli in questo senso pochi articoli, nulla di più. Al contrario, il malato non può che essere il primo *explanandum* di un moderno codice deontologico, per almeno due ragioni: perché rappresenta il bisogno, la domanda e quindi il fine della medicina, perché come ontologia egli è la premessa di qualsiasi cognizione, atto, comportamento, del medico. Se la premessa è quella "dell'assistito", quindi un classico paziente in "carne ed ossa" cioè con una ontologia bio-clinico-organicista, è inutile chiamarlo persona, come è inutile parlare di relazioni, di umanizzazione, di personalizzazione, di centralità del malato... perché la cognizione clinica prima e gli atti clinici poi, saranno dedotti tutti da questa premessa... e tutto si ridurrà ad una sciatta e banale amabilità paternalistica. Pur-

troppo il codice si riferisce ad un malato che non c'è più per cui esso è visibilmente non pertinente. Il codice poi non si limita a ribadire il vecchio concetto di "assistito" ma estende questo concetto costruendo una figura per certi versi inedita di "assistito assistito" cioè di un soggetto sottointeso perché "assistito" da un "rappresentante legale". Questa figura di "assistente legale dell'assistito" non è completamente nuova, essa era già presente nel codice del 2006 ma in quel caso richiamata per questioni strettamente legali, quali la sfiducia, il consenso relativo a minori e incapaci, il trattamento dei dati (articoli 12, 28, 37). Con il nuovo codice il "rappresentante legale" dell'assistito ne prende addirittura il posto, chiamato in causa su questioni di informazione, comunicazione, consenso, dissenso, rappresentanza (titolo 4) ma anche su questioni che attengono le procedure diagnostiche e gli interventi terapeutici (art. 16), il rapporto fiduciario (art. 28), i doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili (art. 32).

***Quindi lei mi sta dicendo che il codice è come se accettasse in pieno la logica della medicina difensiva, è così?***

Sì è così. Il codice accetta quella cosa che viene definita "resilienza" (capacità dei metalli di resistere agli urti), rinunciando all'unica cosa sensata che si potrebbe fare che è quella non solo di attrezzarsi legalmente per "resistere" al contenzioso legale, ma anche di costruire una nuova relazione culturale con il malato e quindi con la società per prevenire il contenzioso legale. La conseguenza di questo scivolone è che l'unico articolo dedicato alla relazione di cura (art. 20) è, riferendosi all'assistito, indiscutibilmente regressivo. Il codice, chiama "relazione", quella che da secoli è una "giustapposizione" tra ruoli diversi, del medico e del paziente, nella quale si parla di libertà di scelta, di condivisioni ma in modo "contro stante" cioè nelle "rispettive au-

tonomie e responsabilità". Il codice inoltre parla di "alleanza di cura" ignorando che ormai la "reciproca fiducia" in molti medici e molti cittadini non c'è più e che il "mutuo rispetto" è stato scalzato ormai diffusamente con il contenzioso legale.

***Pur tuttavia a me pare che il codice dica delle cose interessanti a proposito di comunicazione con il malato.***

Il codice parla specificatamente di "tempo della comunicazione" sotto intendendo che il tempo per informare il malato "è tempo di cura" cioè oltre il tempo della cura c'è un tempo per informare sulla cura. In una vera relazione di cura il malato e il medico sono inter-relati, sussistendo tra loro un rapporto di implicazione stretta, per cui non esiste un tempo per curare e un tempo per informare, esiste una relazione che "informa" in tutti i sensi l'intero processo di cura. In una società che si fonda sulle relazioni, le interconnessioni, le reti, i net work con un malato-esigente fortemente relazionale (*empowerment*) il codice ripropone sostanzialmente una medicina, senza relazioni con la società, cioè, giustapposta e contro stante. L'unica relazione che il codice definisce con il malato è quella legale.

***Ma lei cosa intende per deontologia?***

La deontologia (*professional ethics*) riguarda i comportamenti degli operatori e quindi le facoltà, i doveri e le responsabilità proprie ai loro status professionali. Essa rientra in quel genere di etiche definite "secondo il ruolo", e che definiscono la famosa "identità professionale" con due funzioni: per la società indica i doveri da attribuire ad una professione; per gli operatori indica delle regole da seguire per risolvere i loro problemi pratici. Oggi, con buona pace di Kant, i "principi" non bastano a definire un'etica professionale. Oggi i codici deontologici in ragione

dei problemi pratici che hanno gli operatori sono sollecitati a regolare i comportamenti professionali sulla base delle utilità, come le chiamava Bentham, nel senso che la misura etica degli atti professionali si dovrebbe basare sul "valore effettivo" che questi hanno di promuovere utilità per i malati e per gli operatori. Oggi in sanità le utilità da promuovere sono tante, comprendono cioè tutto ciò che concorre alla cura e alla produzione di salute. Il compito della deontologia (letteralmente "ciò che si deve fare") è assicurare in base ai risultati di utilità auspicati una linea di condotta professionale pertinente con la realtà medico-sanitaria. Un codice se non è pertinente con i problemi pratici dei medici e dei malati non produce utilità, cioè è inutile.

***Ma oggi secondo lei in cosa consiste "ciò che si deve fare"? Cioè il dovere?***

Questa è una domanda cruciale. Oggi per un operatore quello che dovrebbe fare dipende molto da "ciò che l'operatore può fare" quindi da come è formato, da come è organizzato, dai rapporti con le altre professioni, dai metodi che usa, dai contesti in cui lavora, dai limiti che lo condizionano, dal genere di malato che ha di fronte. "Ciò che si può fare" dipende pragmaticamente da "ciò che si è in grado di fare" per cui la deontologia non è più "ciò che si deve fare", cioè quella che si deduce dai principi di etica medica ma diventa la condizione di base per indicare "ciò che si potrebbe fare se..."... "se...il codice fosse pertinente con la realtà... allora il medico potrebbe...". Cioè la deontologia che oggi ci serve non è quella che ci propone il codice, ma quella nuova dei valori, delle utilità e dei condizionali. La deontologia è la prima utilità e il primo condizionale per la professione. "Condizionale" in termini pratici vuol dire che un medico è relativo a ciò che lo esprime e lo permette.

***E come è espresso il medico dal codice che stiamo esaminando?***

È espresso in modo retroverso per cui l'aggiornamento per questo codice consiste nell'aggiungere al vecchio solo qualcosa di più, di ribadire qualcosa che è a rischio, di difendere delle prerogative. Ma se nel terzo millennio vale la logica condizionale "il medico sarebbe tale se..." come si fa a riproporre quella del secondo millennio, il "medico è in quanto tale"? La vera operazione è ribadire la titolarità del medico attraverso l'attribuzione delle "esclusive e specifiche competenze" (articoli 3,11,13,44) come se questa titolarità fosse in pericolo. Ma oggi la titolarità o la centralità, che dir si voglia, non passa per le competenze, comunque ribadite dagli ordinamenti e comunque oggetto di forti conflitti tra le altre professioni, e meno che mai passa per il codice che resta norma secondaria e volontaria. Oggi secondo me, se puntiamo a risolvere "la questione medica", la titolarità passa per altre strade: per una idea nuova di professione, su una idea nuova di autonomia e di responsabilità più che di centralità, e su nuovi rapporti cooperativi tra autonomie con le altre professioni. Cioè passa per "l'autore", cioè per un altro genere di medico.

***Ci vuole spiegare meglio la questione dei rapporti tra professioni?***

Per me l'idea di fondo da perseguire è la coevoluzione delle professioni. In medicina le professioni sono embricate come le tegole di un tetto. Separarle significa scoprire il tetto. Colpisce che nel momento in cui una storica divisione del lavoro e una storica forma di cooperazione tra professioni, è in via irreversibile di ridiscussione grazie alle riforme che altre professioni hanno introdotto nei loro ordinamenti professionali (penso in particolare agli infermieri), il codice dedichi ai rapporti intra e interprofessionali tra

"colleghi" ben due titoli (10,12) mentre ai rapporti con le altre professioni uno striminzito articolo di circostanza (art. 66). Questo è un altro esempio di come il codice sia retroverso e quindi poco pertinente con la realtà che muta.

***Infine c'è un altro aspetto del codice che mi sembra valga la pena di considerare e cioè i rapporti tra deontologia ed epistemologia.***

Se la deontologia è "ciò che si deve fare" l'epistemologia è "come fare ciò che si deve fare". Se il medico, come dice il codice, è l'insieme delle sue competenze (art. 3) il problema di come il medico usa le competenze è un problema epistemologico. Il codice ispirandosi alla logica del restyling e non a quella del rebuilding, anche in questa circostanza è indubbiamente regressivo. I fenomeni che ho riassunto con l'espressione "questione medica" oltre che porre problemi deontologici pongono anche grossi problemi epistemologici. Ma il codice nei loro confronti si mostra incomprensibilmente indifferente. Esso si limita a richiamare logore epistemologie "basate" sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse, sull'efficacia clinica tenendo conto "delle linee guida diagnostiche terapeutiche", dei "protocolli diagnostico-terapeutici" e dei "percorsi clinico-assistenziali" (art.13) ignorando che, soprattutto grazie all'idea di "malato complesso" e alle contraddizioni economiche che certo evidenzialismo hanno provocato, le linee guida, l'Ebm, e tutto il resto sono di fatto in discussione.

***Lei ci sta dicendo che l'Ebm non è credibile come si supponeva?***

Non esattamente. Non si tratta sia chiaro di mandare al macero le procedure basate sull'evidenza, ma di accettare l'idea che il proceduralismo al quale esse si ispirano non è più considerato, per fortuna, una garanzia assoluta di pertinenza clinica. 15 anni fa, pubblicai "la

medicina della scelta” e denunciasti il pericolo della medicina amministrata, fui attaccato come un eretico da tutte le parti; oggi finalmente grazie alla presa di coscienza sulla complessità in gioco ho la soddisfazione di vedere che l’epistemologia nella realtà clinica si sta spostando, come io proponevo, sempre di più dal valore della “procedura” alla capacità e all’abilità, alla ragionevolezza, di chi procede. Insomma la tendenza è rimettere al centro, di nuovo, il soggetto che opera quindi dell’autore e dell’agente. Del resto se le relazioni, come io credo, non sono solo banalità deontologiche ma nuovi modi epistemologici per conoscere, giudicare, agire, come si fa a non ridiscutere la vecchia epistemologia proceduralista fondata sulla negazione delle relazioni?

**Quindi il valore dell’evidenza quando è valida resta ma deve vedersela con la relazione quale setting di conoscenza, cioè come modo diverso di conoscere il malato e non la malattia?**

Proprio così l’evidenza deve fare i conti con la relazione, quindi con la situazione, la contingenza, la specificità del malato. A proposito di evidenza nel codice vi è una contraddizione esemplare, tra art. 13 e art. 15 cioè tra un articolo che subordina tutte le pratiche mediche alle evidenze scientifiche disponibili, e un articolo che dà la possibilità al medico di praticare “la medicina non convenzionale” ma senza sottoporla al vincolo delle evidenze scientifiche disponibili per vincolarla unicamente al rispetto del “decoro e della dignità del cittadino”.

**E lei come rimuoverebbe questa contraddizione?**

Da sempre sono convinto che disporre di più scuole di medicina sia una ricchezza, faccio solo notare che: se vale l’art. 13 le medicine complementari non essendo validate dalle classiche evidenze scientifiche non dovrebbero essere

accettate; se vale l’art. 15 è inutile scrivere l’art. 13 perché le medicine complementari hanno altri generi di evidenze.

**Come uscire dalla contraddizione?**

Semplice: se il codice accoglie come è giusto che faccia le medicine non convenzionali ne deve accettare anche le loro rispettive epistemologie (olistica, relazionale, personalizzata, biotipale, ecc.). In questo caso l’art. 13 dovrebbe, oltreché riferirsi alle evidenze scientifiche, accogliere anche altri generi di evidenze... come ad esempio quelle relazionali e ricomporre a beneficio del malato una epistemologia molto più ricca.

**Lei a proposito di codice deontologico dei medici ha scritto al presidente della Fnomceo una lettera aperta che ha fatto molto discutere e riflettere, cosa diceva in quella lettera?**

Il presidente a cui lei si riferisce al tempo della lettera aperta era Amedeo Bianco un mio vecchio amico al quale ho scritto più che come presidente proprio come amico.

All’amico ho detto diverse cose anche dure:

- che il codice era privo di quelle basilari garanzie di pertinenza che ne avrebbero dovuto fare uno strumento, insieme ad altri strumenti, di governo della realtà particolarmente problematica del medico;
- che la “questione medica” sta progressivamente accentuandosi degenerando sempre di più in una pericolosa delegittimazione senza ritorno e che se un codice deontologico non è pertinente con la realtà del medico, è inutile... e proporre ai medici di servirsi di uno strumento inutile per risolvere i loro problemi è come abbandonarli alla loro difficile condizione professionale;

- che il codice è diventato un rito formale interno del sistema ordinistico funzionale prima di tutto alle necessità dei suoi apparti;
- che ritenere che la deontologia sia un “affaire” esclusivo di una commissione di medici impreparati ormai è un grave errore. Oggi la deontologia è per antonomasia complessità filosofica scientifica organizzativa, economica e i medici non hanno rispetto a tale complessità una formazione adeguata;
- che non si scrive o si riscrive un codice deontologico senza un “progetto di medico”;
- che in questi anni abbiamo assistito su molte questioni primariamente deontologiche quasi ad un disimpegno dell’ordinistica, e al crescere di fatto di una sorta di sindacalizzazione della deontologia anche se la “questione medica” resta primariamente questione deontologica;
- che l’atteggiamento da parte di molti medici nei confronti del codice deontologico, è spesso nichilista, nel senso che lo percepiscono per lo più come uno strumento senza nessun valore pratico.

***Insomma in pratica gliene ha dette di tutti i colori...***

Ma a fin di bene e con molto affetto. L’analisi del codice ci dice soprattutto dei problemi dell’ordinistica italiana. Sono convinto che i problemi strutturali dei medici richiedano un pensiero riformatore, non basta più fare manutenzione. A parte questo mi sembrava mio dovere segnalare al presidente della Fnomceo dei pericoli.

***A quali pericoli si riferisce?***

Dalla mia analisi emerge:

- che il codice accetta di stare nel conflitto tra deontologia/economia/società/scienza, non di superarlo;
- che la strada che si sta imboccando è quella dell’adattamento della professione inseguendo un pericoloso ideale compatibilista;
- che i doveri del medico, cioè i fondamenti della sua deontologia, sono sempre più definiti in modo extra o para deontologico cioè fuori dagli ambiti ordinistici;
- che se le deontologie saranno definite oltre gli ordini che senso ha per un medico pagare dei contributi per un ordine che non c’è più?

***Per evitare questi che lei chiama “pericoli” all’ultimo congresso nazionale dell’Anao (19 giugno 2014) cioè del maggiore sindacato dei medici ospedalieri, lei ha invitato i medici a mettere in pratica la disobbedienza civile richiamandosi a Thoreau... ma connotando la natura della disobbedienza... in senso deontologico... cioè lei ha proposto la disobbedienza deontologica. Stesso invito ci risulta sia stato fatto agli infermieri. Ci vuole spiegare che cosa è la disobbedienza deontologica?***

Oggi gli operatori, quindi medici e infermieri, a causa di molti impedimenti, restrizioni, e in funzione di una sempre più esagerata flessibilità del lavoro, spesso non sono più in condizione di adempiere ai propri doveri come professioni. Questo vuol dire che sta saltando il postulato chiave della deontologia, vale a dire l’alleanza etica tra doveri e diritti. Se le professioni non sono più in grado di adempiere ai loro doveri allora il sistema non è più in grado di assicurare alle persone i loro diritti. Oggi le diverse misure adottate contro il lavoro in sanità non si limitano a svalutarlo dal punto di vista salariale quindi contrattuale, o dal punto di vista organizzativo



quindi degli organici, o dal punto di vista del mercato del lavoro riducendo i livelli occupazionali, ma ormai puntano a mettere in discussione la base della sua legittimazione sociale, vale a dire, i doveri professionali quali garanzie dei diritti di cittadinanza. Per queste ragioni ho proposto la disobbedienza deontologica anzi a dire il vero in più circostanze ho proposto di organizzare una manifestazione nazionale di tutte le professioni in difesa del “dovere di curare”.

***Un’idea alquanto originale non c’è dubbio, ma fuori dalle logiche tradizionali della rivendicazione professionale... in genere le manifestazioni si fanno per i diritti...***

Ha ragione. Per il sindacato è più facile rivendicare diritti che doveri, stessa cosa seppur paradossalmente anche per gli ordini e i collegi. Nella storia tanto dei sindacati che degli ordini e dei collegi i doveri sono sempre stati considerati molto impliciti nei diritti e visti soprattutto come obbligazioni in antitesi alle libertà delle professioni. Io propongo di organizzare la disobbedienza deontologica per proporre i doveri professionali quale prima garanzia dei diritti di salute delle persone. Per chi lavora il dovere consiste sempre in qualcosa da fare o non fare, permesso o vietato. Oggi sempre più cose vietano agli operatori di fare il loro mestiere. Oggi il lavoro in sanità è considerato un costo e non più un valore, questo vuol dire che i doveri professionali sono solo dei costi che per ragioni di compatibilità finanziaria vanno contenuti. Il costo zero o il blocco dei contratti ci dice solo che per il governo lo scambio diritti/doveri alle condizioni date, non è più conveniente.

***La disobbedienza deontologica quindi ha lo scopo di ridare al dovere il valore perduto per far sì che esso continui ad essere la prima garanzia per i diritti delle persone...***

Si proprio così. Il punto è come riuscire a far diventare i nostri doveri più convenienti per tutti e quindi cambiare le condizioni dello scambio contrattuale. Ma prima dovremmo preliminarmente ridiscutere un punto ed è quello che ritiene che basti descrivere il lavoro in una norma per attivare dei doveri (atto medico, L. 42, comma 566 ecc). Per Hume questa sarebbe una pretesa normativa priva di credibilità: dire ciò che è il lavoro non significa garantire ciò che esso deve essere. Tra la descrizione di un dovere e la sua messa in pratica vi è per intero tutto il travaglio professionale dei medici e degli infermieri, per limitarci alle due figure più importanti del sistema di cura. Se ha ragione Hume, la mia proposta è di partire non dalle descrizioni formali del dovere cioè dalle descrizioni formali del lavoro (compiti, competenze, funzioni ecc) atti ma dal “dovere professionale” cioè dal “dover essere” degli operatori... quali agenti... con lo scopo di negoziare il loro “poter essere”... cioè delle nuove possibilità di lavoro. Questa tesi l’ho presa in prestito da Kant: fare della deontologia la premessa di ogni prassi lavorativa implica che il dovere comporti un potere. Per Kant il “dover essere”, riguarda certo gli atti da compiere ma più precisamente gli “atti possibili” cioè il lavoro che è possibile fare e che inevitabilmente implica la possibilità da parte di chi lavora di “poter essere”.

***Quindi i medici e gli infermieri dovrebbero organizzare la disobbedienza deontologica per “poter essere” quello che dovrebbero essere... e rifiutarsi al “dover essere” per forza il loro contraddittorio... cioè dei doveri minimi... o dei doveri limitati...***

Proprio così. Le spiego il postulato del mio ragionamento: se un medico deve adempiere al suo dovere allora vuol dire che lui può fare tutto quello che lo mette in pratica, per fare quello che deve fare...deve per forza diventare in un

certo modo. In conclusione: dover essere e poter essere è la stessa cosa.

***Quello che propone quindi è partire dai doveri, quindi dalle deontologie per definire un diverso modo di essere degli operatori.***

Prima parlavamo di medici quali autori. L'idea di "autore" non è altro che un operatore che considera i propri doveri come il proprio capitale prima ancora dei diritti.

***Mi faccia qualche esempio di cosa vuol dire disobbedire deontologicamente per ripensare i doveri.***

Sul piano generale se ripartissimo dai doveri saremmo in grado di sconfiggere il cinismo di quelle politiche che usando in modo neoliberistico la crisi vogliono liquidare la sanità pubblica. Potremmo educare la popolazione di un Comune a rispettare il "dovere della salute" cioè a diventare comunità di salute; avremmo più salute e i tagli lineari sarebbero inutili. Avremmo la possibilità di combattere la corruzione, il mala affare, le diseconomie, le incompatibilità, e quindi avremmo altre risorse per i cittadini. Sul piano specifico se solo potessimo ripensare i doveri potremmo legare le autonomie di chi lavora alle loro responsabilità e ai risultati prodotti e quindi avremmo risorse sufficienti per fare i contratti e pagare come si deve chi lavora, potremmo azzerare il contenzioso legale in sanità tra medici e malati i cui costi sono relativamente incalcolabili e cancellare la medicina difensiva una cosa che ci costa circa 10 mld l'anno.

***Quindi la sua idea di disobbedienza deontologica... non è solo uno slogan ad effetto.... ma da quel che capisco è un'idea di strategia, di riforma di cambiamento?***

Veda vorrei sottolineare un paradosso: oggi lo dico alle rappresentanze mediche, a forza di ri-

vendicare il rispetto dei diritti di chi lavora... chi lavora non ha più diritti... per avere i diritti ai quali abbiamo diritto... non resta che prendere la strada della rivendicazione dei doveri. Rivendicare doveri politicamente significa disobbedienza deontologica. I neoliberisti sostengono che i diritti sono insostenibili e che vanno rinegoziati, potrebbero dire la stessa cosa dei doveri? L'idea politica che propongo è semplice: da "ciò che siamo" (essere) e "dovremmo essere" (dover essere) dobbiamo passare a "ciò che possiamo essere" (poter essere). Questo significa sul piano pratico che dal dovere quale obbligazione si deve passare al dovere quale possibilità. Ha ragione Kant i doveri sono potere. Noi dobbiamo imparare a servircene. Questa è la disobbedienza deontologica.

***La ringrazio per questa intervista.***