

Redazione | Pubblicità | Contatti

quotidianosanita.it

# Lavoro e Professioni

Quotidiano on line  
 di informazione sanitaria  
 Lunedì 02 LUGLIO 2018



Home | Cronache | Governo e Parlamento | Regioni e Asl | Lavoro e Professioni | Scienza e Farmaci | Studi e Analisi | Archivio

Cerca

**ECM DELUSO DAI SOLITI CORSI FAD? CON NOI 235 CREDITI DI QUALITÀ!**

**Fondazione Pietro Paci**  
 La piattaforma n.1 per crediti online

seguì quotidianosanita.it



Tweet | Condividi | G+ | Condividi 1 | stampa

## Da Trento la proposta di una deontologia medica del terzo millennio. Il dovere di essere medico (*terza e ultima parte*)

**Il cuore della proposta di Trento è davvero paradossale ed è riassunto in un dovere che in un secolo di deontologia a nessuno mai è venuto in mente di scrivere, perché ritenuto, almeno fino ad ora, inutile tautologico e pleonastico. Questo dovere, nel terzo millennio, è ontologico ed è quello "di essere medico". Oggi per un mucchio di ragioni "essere medico" non si sa più cosa voglia dire**



**02 LUG** - Se, come Trento, assumessimo il cittadino come *archè*, se con la possibilità governassimo i difficili rapporti con l'economia, se partissimo dal postulato della complessità, se dovessimo ridefinire l'identità del medico, se il paradigma ippocratico-positivista venisse sottoposto a revisione, se la "crisi del medico" fosse una possibilità evolutiva, quale deontologia?

### Dalla deontologia delle giustapposizioni a quella delle relazioni dialogiche

Assumere il malato quale *archè* è una *scelta politica* e significa considerare il cittadino come il secondo soggetto, cioè un socio di maggioranza, che oltre il medico, è titolato deontologicamente a definire cosa sia la medicina e come

deve essere esercitata. Punto. La discontinuità è tutta qua. Tutto il resto è consequenzialità.

La deontologia diventa così ciò che non è mai stata cioè una norma decisa non più solo dal medico ma anche dal suo socio di maggioranza, che non si occupa solo dei comportamenti professionali ma anche di definire delle *relazioni dialogiche* ad ogni livello tra il medico e il malato, tra la comunità dei medici e la comunità dei cittadini, al fine di garantire qualsiasi tipo di condivisione, comportamenti compresi, sia medici che dei cittadini, cioè decisioni e scelte.

Trento quindi ci propone una "*deontologia delle relazioni*" con la quale si supera quella delle giustapposizioni cioè quelle particolari "non relazioni" di conoscenza basate sulla divisione e sulla separazione (tra osservatore e osservato, tra scientifico e personale, tra medico e malato, tra naturale e culturale ecc.

### Co-medicina

Se le tante giustapposizioni che esistono in medicina le consideriamo, per quelle che sono, cioè delle *dicotomie*, la deontologia che ci propone Trento, è interamente *anti-dicotomica*.

Del resto, signori cari, quale relazione è possibile, di qualunque tipo essa sia, se prevalgono le dicotomie?

dicotomie? O a integrare servizi e operatori? Hai voglia a predicare le integrazioni socio-sanitarie, ospedale territorio, la multidisciplinarietà!!

La rimozione delle dico-tomie significa un grande processo di ricomposizione e di riunificazione di quel "tutt'uno" fatto a pezzi dal paradigma positivista.

Con Trento dal "tagliare in due" (*dico*) si passa al rimettere "insieme" (*con*) quindi una deontologia del *con-senso*, della *con-divisione*, della *co-decisione*, della *con-sapevolezza*, della *cono-scienza*, della *con-proprietà*, della *co-struzione*.

E' inutile che storcete il naso, la medicina che vuole questa società ormai è innegabilmente "co", cioè non è più solo dei medici ma è anche dei malati. Rassegnatevi, la co- medicina sicuramente è la strada per riavere la fiducia delle persone. No "co" no fiducia, chiaro?

### La deontologia della complessità

**CSL Behring**  
 Biotherapies for Life™

**INNOVARE IN EMOFILIA**  
 Una questione di trasporto

### QS newsletter

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)  
 Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

**Bando per la selezione dei partecipanti**

**CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE PER LA DIREZIONE GENERALE DELLE AZIENDE SANITARIE**

**Iscrizioni aperte fino al 10 luglio**

e-mail: [formazione.mer@santannapisa.it](mailto:formazione.mer@santannapisa.it)  
 tel. 050 883876  
[www.santannapisa.it](http://www.santannapisa.it)

**QS gli speciali**

**Ecco il contratto di Governo 5 Stelle-Lega. Il programma per la sanità**

tutti gli speciali

### iPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]

- 1° luglio 2018: una data storica per oltre 220mila professionisti della sanità italiana
- Studio Usa assolve lo zucchero: nessuna correlazione con malattie cardiovascolari e diabete
- Alimentazione. Interrogazione di FI al Senato sul metodo "Life 120". Rizzotti: "Fatto gravissimo. Grillo intervenga a tutela dei malati"
- Al via le iscrizioni al nuovo maxi Ordine Tsm Pstrp. Beux e Bortone: "Il

La caduta delle dicotomie per forza fa esplodere il discorso della complessità. Se rimetti insieme tutti i pezzi dell'orologio si scopre che l'orologio è complesso.

Le dicotomie sino ad ora sono servite, nel paradigma positivista, per semplificare la realtà. Il malato doveva essere ridotto alla sua malattia e la malattia alla biologia, perché così era più facile "conoscere" e più facile voleva dire più "scientifico" quindi più "controllabile", "verificabile" "misurabile".

Il riduzionismo che sostiene che, qualcosa di complesso, "non sia altro" che qualcosa di semplice, è possibile solo grazie alle dicotomie o meglio alle "poli-tomie". Cari signori mettetelo in testa, oggi, per questa società, distruggere l'orologio, cioè dividere ciò che è unito, per conoscere, non ha senso.

Il cittadino unito vuole tornare a essere unito. Di conseguenza, la *dico-medicina* appare inaccettabile. Se voi orologiai volete sapere "che ora è" dovrete rimettere insieme l'orologio, se continueranno a farlo a pezzi, "che ora è", non lo saprete mai. Eppoi, scusate, se l'orologiaio non è in grado di dire "che ora è" ma che orologiaio è?

#### La de-banalizzazione della professione

Il recupero della complessità ha messo in condizioni Trento di combattere a suon di "doveri", il grande problema della banalizzazione prima della medicina poi della professione. Banalizzare vale come semplificare cioè de-complessificazione.

Per ridurre un medico ad un algoritmo bisogna pensare che la medicina sia riducibile ad un algoritmo. La riducibilità presuppone la semplificazione. Ma per ridurre/semplificare il medico a algoritmo si usa o meglio si abusa del riduzionismo metodologico del paradigma positivista. Per un medico il paradigma positivista è un manuale del riduzionista perfetto.

Un medico si può banalizzare a trivial machine solo se c'è un metodo che consente di banalizzarlo. Trento, sul metodo avanza una critica del tutto inedita, sapendo bene che una scienza senza un metodo non è una scienza.

Se davvero vogliamo che il medico sia tale è necessario ri-complessificare tutto cioè tutto quello che è stato inopinatamente ridotto e semplificato da un metodo. La medicina amministrata è l'uso del metodo contro il medico. Ci avete mai pensato? Lo sanno bene Babylon e i "lineaguidari" cioè i proceduralisti che si propongono come i tutori di medici irrimediabilmente irrazionali e antieconomici. Fare il medico è "difficile" "complicato" e "complesso" perché la medicina, con buona pace del positivismo, è per definizione complessità come del resto è sempre stata prima che diventasse "scientifica".

#### Banalizzazione e debanalizzazione

Per essere medici bisogna fare ragionamenti complessi non meccanici, come fa il metodo, il computer, la medicina amministrata, e come prevede a tutt'oggi la deontologia ufficiale, a proposito di appropriatezza. Per debanalizzare la professione, Trento, è quindi costretta a ridimensionare ciò che nel paradigma positivista è una vera e propria metafisica: il *dogmatismo delle semplificazioni*, quello che definisce procedure, standard, ragionamenti mono valenti, evidenze dogmatiche, e spiana la strada finalmente ad una medicina più reale.

Trento obbliga il ragionamento convenzionale a fare i conti con il reale. Troppo comodo essere solo razionali! Basta seguire le istruzioni. Ma che succede quando la realtà non è prepensata nelle istruzioni? Cioè quando arriva il momento di essere ragionevoli, avere buon senso, essere pragmatici. Al malato non interessa la metafisica della razionalità ma la pratica dei risultati. A questa società le contraddizioni tra razionale e reale stanno molto sulle scatole. Alla fine se la prende immancabilmente con chi si è sentito in dovere di essere razionale. E' così che funziona ormai!

#### Il medico discreto

In generale, dice Trento il medico, ha l'obbligo di adottare nei confronti del malato dei *ragionamenti discreti*, cioè capaci di discernere le singolarità e le peculiarità di una persona e di un malato, le sue situazioni. I ragionamenti discreti sono il contrario di quelli indifferenziati. Essi sono, in grado di discernere le differenze e le singolarità nei confronti di standard, di modelli, di procedure, di verità convenzionali. In questo senso, i ragionamenti discreti del medico sono per loro natura *ad personam*, quindi discontinui, vale a dire non standardizzabili, cioè applicabili allo stesso modo a tutti i malati solo perché hanno lo stesso genere di malattia.

Ragionare in modo discreto per un medico vale come essere adeguato alla complessità. Cioè ragionevole. La complessità, in quanto tale, non tollera le generalizzazioni, le congetture induttive, le analogie per verisimiglianza, i modelli definiti a priori. La complessità è in un certo senso un navigare, un dialogo stretto tra medico e realtà, tra ipotesi e mezzi, tra scopi e strumenti. Ma complessità società realtà sono la stessa cosa. Pensateci!

#### La deontologia delle modalità

Tutto questo e altro per Trento, significa ammettere una deontologia di straordinario interesse e che definirei quella dei "*modi di essere*", delle "*modalità*", cioè una deontologia anti-metafisica, che ammette la flessibilità della conoscenza, cioè la varietà del suo uso ma senza essere per questo eretica.

Ciò implica un cambiamento senza precedenti: dalla deontologia *dell'essere medico* si passa alla deontologia del *modo di essere medico*. Il comportamento del medico non è uno standard razionale ma è il modo di essere ragionevole più adeguato al malato.

In fin dei conti abbiamo scoperto l'acqua calda: le condotte professionali sono dei modi di essere del medico verso qualcuno e qualcosa in certi contesti. Ammettetelo: in un secolo di deontologia non ve ne eravate accorti. Avete definito condotte senza rendervi conto che fossero modalità. Ammetterete la *deontologia dei modi di essere*, ahinoi, mette in discussione l'idea standard di un medico ad una sola modalità. Quella razionale unica prevista dal paradigma. Ma il vecchio medico nel suo pragmatismo sa bene che la razionalità è solo una modalità tra tante.

#### Appropriatezza adeguatezza pertinenza

Un esempio di modalità razionale è l'appropriatezza a varianti.

A parte il fatto che, l'ultimo codice, aderisce passivamente ed incautamente ad una idea di appropriatezza molto economicistica ma, il problema è, che se oggi, il medico, vuole la fiducia della società, egli non ha solo il dovere di essere appropriato ma anche quello di essere adeguato alla complessità e di essere pragmatico e pertinente nei confronti degli scopi da raggiungere comunque in ogni situazione data. Cioè ha il dovere

1° luglio 2018, per migliaia di professionisti sanitari non sarà un giorno qualsiasi"

- 5 Medici specializzandi: "perse" ogni anno 510 borse. Lo studio
- 6 Toscana. Lo Smi contro la delibera sull'Infermiere di famiglia: "Assegnati compiti non previsti dalla professione"
- 7 Osteopatia. La legge c'è. Avanti con i decreti attuativi
- 8 Aifa. La ministra Grillo ha avviato le procedure per il rinnovo della Commissione tecnico-scientifica e del Comitato prezzi e rimborso
- 9 Toscana. Liste d'attesa, la rivoluzione continua: dopo la chirurgia anche per le prestazioni ambulatoriali le Asl potranno acquistare pacchetti di intramoenia per snellirle
- 10 Non condannabile il medico che non può eseguire una diagnosi certa durante visita domiciliare

alle multi-modalità

*Appropriatezza adeguatezza pertinenza* sono modalità che obbediscono a principi logici diversi:  
 - appropriato è il medico che *corrisponde* alle evidenze scientifiche e economiche,  
 - adeguato è il medico che è *coerente* alla complessità del malato e ai problemi della complessità,  
 - pertinente è il medico pragmatico *teso a raggiungere* in certe situazioni comunque dei risultati.  
 "Corrispondere" alle evidenze essere "coerente" con una complessità essere "pragmatico" rispetto agli scopi da raggiungere sono, epistemicamente, tre diverse teorie della verità. Con la vecchia deontologia l'unica verità che contava era quella dell'appropriatezza con la nuova deontologia le verità si moltiplicano in ordine alla complessità. Come la mettiamo?

**Il medico del buon senso**

Il decreto sull'appropriatezza, quello che ha dato un bel colpo all'autonomia del medico, non era esecrabile solo perché imponeva al medico degli obblighi discutibili, ma soprattutto perché gli imponeva l'esercizio della professione ad una sola modalità.

Anche a questo non avevate pensate, vero? Il medico, dice Trento, ha il dovere sia di essere appropriato che adeguato che pertinente cioè di conciliare diverse verità e di scegliere autonomamente quella più giusta. La verità più giusta non è quella razionale conforme al modello ma quella che funziona meglio, il meglio, è quella che funziona non quella razionale.

Accettare l'esistenza di diverse modalità epistemiche significa per la deontologia correggere il paradigma cioè accettare la multi-modalità, la ragionevolezza, il senso pratico.

La società oggi nei confronti della malattia è fortemente pragmatica il medico ha il dovere di essere pragmatico cioè pieno di buon senso. Rifletteteci, è sul terreno del buon senso che si recupera la fiducia perduta.

**Deontologia del comportamento atteso**

Se il medico deve regolarsi con la complessità, decidere sul campo i suoi modi di essere, scegliere la verità che funziona meglio, e, se oltretutto deve mettersi d'accordo con il proprio "socio di maggioranza", ma come è possibile definire deontologicamente "a priori" le condotte del medico?

La risposta di Trento, è che le condotte non si possono definire a priori, come è stato fatto sino ad ora, quello che si può ragionevolmente fare, è descrivere le condizioni che probabilmente favoriscono ciò che si auspica sia fatto al meglio.

Queste condizioni sono racchiuse in due concetti tra loro strettamente interdipendenti: *ruolo* e *comportamento atteso*.

Quindi, *deontologia del ruolo* (non più delle condotte) e del *comportamento atteso* (non più del comportamento pre-definibile).

Passare dalle condotte tout court, al ruolo, dal comportamento prescritto a quello atteso, secondo complessità, ha delle vistose conseguenze, eccole:

- se è il ruolo che decide le condotte allora l'atto non può essere definibile a prescindere dall'agente. Si tratta per la deontologia di definire l'agente e di mettergli dentro quella complessità e quella realtà che fino ad ora il suo razionalismo non ha avuto mai,

- oggi, rispetto al socio di maggioranza' il ruolo cioè l'agente deve per forza essere definito su base fiduciaria. Mettetelo bene in testa: il tempo in cui il medico se la cantava e se la suonava è finito. Il ruolo in questa società, attraverso un ideale contratto sociale tra un cittadino fiduciante e un medico fiduciario, è ormai una co-definizione per il semplice fatto che la medicina è una co-medicina,

- come si comporta un medico dipende certo dalla sua deontologia ma da un mucchio di altre cose, cioè i comportamenti professionali non sono più scontati al massimo sono probabili, auspicabili, essi non sono più ortogonalmente deducibili dalle razionalità prepensate a tavolino sulla malattia, ma se la devono vedere con la singolarità del malato, della situazione, del contesto, dei limiti economici, delle fisiologiche disorganizzazioni.

Dall'idea cardine della deontologia classica che la professione deve essere solo "esercitata", con Trento, si passa ad una idea dove la professione deve essere costantemente implementata, auto-organizzata, reinterpretata, in certi casi reinventata. Rassegnatevi: la professione non si esercita e basta perché essa non è l'automatica applicazione di uno schema comportamentale, ma è una costante reinterpretazione di fini e mezzi, di possibilità e di limiti, in rapporto al socio di maggioranza del medico e alle condizioni nelle quali la loro relazione agisce e decide.

Dalla deontologia indifferente alle situazioni si passa alla *deontologia delle situazioni delle contingenze*. Il comportamento atteso, passa per il governo delle situazioni complesse. E' la realtà che detta le sue condizioni alla razionalità non il contrario. Lo scopo è assicurare ad un malato singolare un medico multimodale. Se oggi non si è in grado di rispondere alla realtà reale del malato, con il buon senso, niente fiducia e per voi medici sono cavoli amari.

**Deontologia della coevoluzione**

Si dice che chi si è scottato con l'acqua calda ha paura di quella fredda. Ma non è il caso di Trento che, nonostante sappia bene che gli infermieri abbiano tentato di rubare delle competenze mediche, che la propria professione è erosa costantemente da nuove professioni, nonostante assista a continui tentativi di task shifting, ecc, offre alle altre professioni la deontologia quale terreno di confronto e di incontro. Mai successo prima d'ora.

Cosa dice Trento:

- Il principio dell'archè deve valere per tutte le professioni e le organizzazioni del lavoro si devono ispirare ad esso,  
 - nessuna professione a partire da quella medica per evidenti ragioni può auto-riferirsi a se stessa,  
 - tutte le professioni hanno il dovere alla *complementarietà reciproca*.

Trento propone addirittura una *deontologia della condivisione*. Se la medicina è "co" come fanno le professioni a continuare a vivere nelle loro dicotomie? Nelle loro giustapposizioni? Cioè senza nuove relazioni? Superiamo quindi le giustapposizioni "contro professionali" le vecchie divisioni del lavoro, le

vecchie forme di cooperazione contro-professionale, e ripensiamo le organizzazioni del lavoro dico-tomiche della dico-medicina, quindi pensiamo a organizzazioni con-divise, una co-medicina comune, intanto a parte l'archè, condividendo:

- la deontologia del ruolo,
- il valore del comportamento atteso
- l'idea delle prassi integrate.

Trento propone tre idee precise:

- *cooperazione*(dovere di concorrere di ogni professione al lavoro di servizio),
- *collaborazione*(dovere di partecipare per ogni professione attivamente ad un lavoro comune),
- *coordinazione*(dovere delle professioni ad agire relazioni inter professionali).

Co-evoluzione quindi ma precisa Trento nella chiarezza dei ruoli, nel rispetto delle specificità e delle esclusività. A ognuno il suo. Basta con i giochetti.

#### Quale medico?

L'identità dice Trento, è diversa dall'idoneità. Essa è il complesso dei dati professionali, sociali, culturali, dei modi di essere, delle capacità intellettuali, delle condotte praticate, caratteristici e fondamentali, nello stesso tempo delle facoltà, dei ruoli, delle funzioni e dei poteri, che consentono l'individuazione e il riconoscimento del medico, garantendone l'autenticità, l'esclusività, l'unicità.

L'insieme, di tutte queste caratteristiche, secondo Trento rende la professione medica unica e inconfondibile, quindi, diversa nei confronti delle altre professioni. A tutte queste caratteristiche Trento ha dato il nome di *autore* e di *opera*:

- il medico è *autore* della propria *opera*, e l'*opera* non è riducibile alla competenza, alla tecnica, all'atto. Cioè non è semplificabile. Egli pensa, conosce decide sempre in una relazione sociale con il suo socio di maggioranza e sempre di fronte ad una complessità irriducibile,

- nei confronti dei problemi economici non è un compatibilista ma un compossibilista cioè non si adatta passivamente ai limiti che ha ma interagisce con essi per tentare di governarli e raggiungere comunque un risultato,

- resta deontologicamente un medico ippocratico ma sul piano scientifico è fondamentalmente un pragmatista che ripensa il proprio paradigma razionalista non già per negarlo ma per renderlo più adeguato alla realtà cioè più efficace,

- è un medico sicuramente molto più realista di quello che per essere realista secondo paradigma si limita a osservare i fatti. Fuori dei fatti della malattia per lui ci sono altri fatti e altri fatti ancora dal momento che la realtà non è solo quella naturale della malattia ma è quella sociale e culturale del malato.

Signori, fatevene una ragione, il mondo che avete sempre pensato come uni-verso in realtà è poli-verso, quindi a molti mondi.

#### Il dovere di essere medico

Il cuore della proposta di Trento è davvero paradossale ed è riassunto in *undovere* che in un secolo di deontologia a nessuno mai è venuto in mente di scrivere, perché ritenuto, almeno fino ad ora, inutile tautologico e pleonastico

Questo dovere, nel terzo millennio, è ontologico ed è quello "di essere medico". Oggi per un mucchio di ragioni "essere medico" non si sa più cosa voglia dire.

La deontologia "deve" chiarire l'ontologia. Se non chiarisce, il medico non sarà più medico ma diventerà un'altra cosa. Cioè sarà probabilmente un "non medico" cioè la negazione semplicemente di ciò che è stato sino ad ora. Per il cittadino davvero una bella fregatura. Quando mai diventerà archè?

Trento, per ridefinire l'identità del medico mette le mani laddove nessuno mai ha osato metterle, cioè nella sua matrice paradigmatica. Non si cambia il medico a paradigma medico invariante. Né si cambia a formazione invariante e meno che mai a prassi invariante, a organizzazioni invariante, a contratti invariante. Nell'invarianza, miei cari benpensanti, non si cambia un tubo.

Oggi mentre tutto muta e continua a mutare, il medico rischia di morire per invarianza. Tutti coloro che si dichiarano pronti a cambiare il medico ma senza mai riformare niente non sono null'altro che dei chiacchieroni, nulla di più. "Mastica brodo" li avrebbe definiti mio nonno con un sogghigno.

Ma in cosa consiste il "dovere di essere medico" oggi?

*"Ogni medico, nei confronti della persona, del cittadino e del malato, è se stesso ed ha il dovere di essere ciò che è e deve essere, per cui, non può essere qualcosa di altro e di diverso. Se, per varie ragioni, il medico è, suo malgrado, qualcosa di altro e di diverso, egli è, rispetto alla sua identità, deontologicamente difforme, e, in quanto tale, professionalmente contraddetto. E' vietata qualsiasi tipo di alterazione all'identità professionale e qualsiasi tipo di travisamento delle sue prerogative facoltà doveri e obblighi, considerando tali alterazioni e travisamenti, a partire dall'interesse primario della persona, del cittadino, e del malato, moralmente, scientificamente e socialmente inaccettabile"*

Ivan Cavicchi

\*Ivan Cavicchi Ordine dei medici di Trento  
Riformare la deontologia medica, proposte per un nuovo codice deontologico  
Edizioni Dedalo

Leggi la [prima](#) e la [seconda](#) parte di questo articolo.

02 luglio 2018

© Riproduzione riservata

Commenti: 0

Ordina per