**CN 16 maggio 2019**

**Cavicchi:**

Grazie. Anch'io voglio salutare i Presidenti e il Consiglio nazionale, perché anch'io ritengo questa discussione non ordinaria. La ritengo un'iniziativa straordinaria, come è straordinaria l'idea di fare gli Stati Generali, perché è straordinario il problema che dobbiamo risolvere.

Il problema della crisi del medico, della crisi della professione, non si risolve semplicemente con qualche aggiustamento. Si risolve entrando nel vivo delle grandi contraddizioni.

Io non farò un'analisi, come si dice, organica, onnicomprensiva, perché questa è fatta nelle cento tesi, ma soprattutto perché questa è la prima macro-area, cioè la prima questione che affronteremo. Ne affronteremo poi delle altre, molte questioni saranno approfondite successivamente.

Ho pensato semplicemente di introdurre dei concetti operativi, quelli che io ritengo i più importanti, pensandoli rispetto ai gruppi di lavoro. I gruppi di lavoro sono cinque e a me interessa proporre loro dei suggerimenti, degli input sui quali ragionare.

La prima cosa che mi viene in mente è proprio la distinzione tra ciò che è straordinario e ciò che è ordinario. Per esempio abbiamo aumentato i contratti di formazione, lo citava prima il Presidente, ed è una cosa positiva, ma, secondo la logica che sto usando, è una cosa che rientra nell'ordinario, cioè io posso risolvere questo problema ma la crisi del medico resta. La crisi del medico è una cosa straordinaria.

Allora dobbiamo imparare ad usare l'ordinario per capire ciò che è straordinario ed è un ordinario, in genere, che va avanti da tanto tempo, che si ripete. I processi di crisi non sono mai processi corti, sono processi lunghi, che si cumulano negli anni, piano piano, si spingono e vanno avanti.

Io credo – questa è la mia convinzione ferrea – che, se facciamo gli Stati Generali, cioè se ricorriamo ad una soluzione straordinaria, dobbiamo tirare fuori la cosa giusta. Cioè secondo me sarebbe un peccato fare una cosa straordinaria e tirare fuori una cosa piccola, un cambiamento piccolo. Se il cambiamento che ci serve è più grande, dobbiamo tirare fuori ciò che ci serve.

Il primo problema è il rapporto tra ciò che è ordinario e ciò che è straordinario.

Io ho già parlato di crisi, ma mi sono chiesto, perché non tutti la pensano così: quand'è che siamo autorizzati ad usare il concetto di crisi? Recentemente il nostro Presidente ha parlato di crisi del ruolo medico. È giusto parlare di crisi del ruolo medico? È giusto se noi intendiamo la crisi come qualcosa di fondamentale che viene meno, allora sì; come una definizione che non regge più, allora sì; come una forte delegittimazione, un forte scontento, allora sì, è crisi.

In sostanza, possiamo usare la crisi nei casi in cui abbiamo delle compromissioni importanti. Quando c'è una crisi di governo non è un fatto ordinario, è un fatto straordinario e la crisi di governo è giustificata dalla compromissione di tante cose fondamentali. Il concetto di crisi quindi va bene, va usato in questo modo.

La crisi del ruolo medico esiste, perché esiste il problema di un criterio fondamentale che definisce questo ruolo, che è la sua autonomia. Se viene meno l'autonomia, viene meno addirittura un'identità, cioè il medico diventa un'altra cosa.

Un altro esempio che voglio fare è quello della definizione di medicina, la definizione corrente, quella che c'è nei vocabolari. La definizione corrente è: “La medicina è la scienza – al singolare – che cura le malattie, che cura il corpo”, queste sono più o meno le definizioni. Questa è una definizione evidentemente in crisi, perché basta metterci, al posto della malattia, il malato, e salta tutto. In questo caso si può parlare di crisi della definizione.

Un altro esempio che voglio fare è quello dei problemi di sostenibilità economica. Quand'è che i problemi di sostenibilità economica ci mettono in crisi? Quando il condizionamento economico, il limite economico, mette in crisi addirittura le prerogative deontologiche: questo è un concetto di crisi.

Tutto questo è crisi, quindi, in questi casi, non è esagerato parlare di crisi della medicina o di crisi del medico.

Termino questo punto con una metafora: la differenza che vedo tra la crisi e un disagio qual è? È quello tra una malattia grave, degenerative, e un mal di mare. Secondo me il grave sarebbe confondere una malattia degenerativa con il mal di mare. Dobbiamo distinguere le cose e, ovviamente, definire, rispetto alle cose, quelle più adeguate.

Parliamo della crisi del medicina, del primo gruppo che si riunirà fra poco.

La medicina, secondo me, come concetto generale – sarò attento ad usare le parole, perché non voglio essere criticato – non è in crisi. La medicina come concetto generale in realtà si espande, assume le forme più diverse, ma quella che è in crisi è una certa definizione di medicina, secondo me, una certa caratteristica della medicina; e non è in crisi in quanto tale, è in crisi perché, tra virgolette, sono cambiati i contesti, sono cambiati gli interlocutori, è cambiato il grado di complessità da governare.

Vi assicuro che il mio è un pensiero molto meditato, non si arriva a una conclusione così, dalla mattina alla sera, ci vuole un bel po' di tempo per arrivarci: secondo me oggi, a poco più di un secolo di distanza, sta accadendo quello che è accaduto quando è nata la medicina scientifica.

Quando è nato alla medicina scientifica, perché è nata? Perché tutte le conoscenze di quel periodo si iscrissero al partito del positivismo, economia compresa? Perché tutte le conoscenze tentarono di assumere uno status scientifico, giustamente scientifico? Perché era cambiato il mondo, c'era la rivoluzione industriale, la struttura sociale era completamente cambiata, era cambiata la cultura, cioè era cambiato l'interlocutore.

Io insegno logica e vi faccio semplicemente notare una cosa: voi siete medici e, per un medico, il malato che deve curare è come la premessa per un logico. Se il malato cambia, cambia il ragionamento. Se la premessa è una malattia, farai un certo ragionamento, ma se la premessa è il malato, dovrai aggiornare il ragionamento, perché noi siamo una professione non solo empirica, non solo razionale, ma siamo una professione logica.

Voi non potete immaginare quanto sia grande il ruolo della logica nella vostra quotidianità e quante logiche, nella quotidianità, voi applicate, che non vengono insegnate all'università, ma imparate sul posto.

Cos'è che mette in crisi la nostra medicina, quella scientifica? Alla quale, voglio sgombrare subito il campo, tutti noi vogliamo bene, a partire da me. Io non sono mai stato d'accordo con una ridiscussione della scientificità, questo deve essere chiaro.

Per essere breve, secondo me, al fondo di tutto, al fondo dei tanti problemi, delle tante questioni che abbiamo, se penso al modello della medicina, a quello che studiamo all'università, il problema che viene fuori è quello dell'inadeguatezza. Non è una scienza che sbaglia, ma è una società che cambia a tal punto, ponendoti davanti tali gradi di complessità, che tu diventi inevitabilmente inadeguato.

Io ho sempre fatto una distinzione molto importante tra il concetto di appropriatezza, che abbiamo inseguito per anni, e il concetto di adeguatezza; e, ragionando sulle linee guida, ho inventato il paradosso dell'appropriatezza inadeguata. Che cos'è? È che io sono appropriato alla regola, sono appropriato al paradigma, ma davanti ad una complessità divento inadeguato.

Ebbene, questo paradosso non vale solo per le linee guida, ma vale per tutto l'apparato concettuale della medicina, cioè io sono ortodosso, seguo in tutto e per tutto le regole e i criteri che mi hanno insegnato all'università ma, di fronte ad un grado alto di complessità, ad un altro interlocutore, pago il prezzo dell'inadeguatezza.

Quando dico che “pago”, lo pago davvero, perché tutti i fenomeni dei quali abbiamo parlato tante volte, per esempio il contenzioso legale, la medicina difensiva, persino la violenza, negli ultimi tempi, hanno a che fare con questo problema dell'inadeguatezza.

Non si tratta tanto, in questo caso, di ripensare chissà che cosa, ma si tratta di rendere più adeguato qualcosa. Per un filosofo come Smith l'adeguatezza era addirittura una virtù, essere adeguato significa essere adeguato un contesto. Non so se avete notato: io non porto mai la cravatta, ma oggi mi sono messo la cravatta per essere adeguato al contesto. Se io vado ad una cena dal Presidente della Repubblica, mi vestirò di blu, non posso andare così. Questa è l'adeguatezza: l'attenzione ai contesti, l'attenzione alle complessità, l'attenzione alle singolarità, che per noi sono la bestia nera, perché noi non studiamo la singolarità, noi studiamo lo standard, studiamo la fattispecie, studiamo il modello, studiamo lo schema, che tentiamo di applicare ma che poi, nella realtà, spesso viene contraddetto, in qualche modo.

Oggi, in sostanza, la medicina e il medico hanno a che fare con un cambiamento che – è inutile che ci giriamo intorno – è per forza quello. Una volta, molto tempo fa, il gioco della medicina era prevalentemente ad un giocatore, oggi il gioco della medicina è a più giocatori, c'è poco da fare.

Addirittura questi giocatori non solo rivendicano delle titolarità, ma rivendicano delle “prerogative” precise, per cui noi abbiamo a che fare con le opinioni personali dei malati, con le regole della gestione aziendale, con i limiti dei budget, con i contesti disorganizzati – trovatemi voi un servizio dove l'organigramma è a posto, per esempio – con le culture degli altri. Abbiamo a che fare con Internet, abbiamo a che fare con più generi di verità e, spesso, con più generi di non verità, e le nostre verità scientifiche hanno difficoltà ad affermarsi.

La medicina diventa inadeguata non perché la scienza è meno scienza, ma perché la società è diventata più complessa. Anzi, da questo punto di vista c'è un altro paradosso, perché la scienza continua a progredire, a svilupparsi. Rendere più adeguata la nostra medicina significa, per la scienza, fare i conti con la complessità.

Sulla complessità ci voglio tornare un secondo. Io ho parlato di crisi, ma una crisi, se è lunga, è come quando gli esperti parlano di problemi motore: ci sono dei problemi che funzionano come dei motori e che spingono questi processi nei decenni. Quello di cui stiamo parlando, per noi, è cominciato, da un certo punto di vista, addirittura dopo la seconda guerra mondiale. Certi cambiamenti avvengono così.

Questi problemi motori quali sono? Vi faccio due esempi pratici: quando è nata la medicina scientifica, non c'erano i diritti. La medicina scientifica è nata come carità pubblica ed è nata per curare le malattie, è stata pensata per curare le malattie, scientificamente. Oggi abbiamo i diritti, abbiamo l'autodeterminazione, abbiamo la persona, abbiamo i sistemi di welfare e tutta questa cosa, in qualche modo, è come se introducesse una nuova domanda di cura, una nuova domanda di salute. È come se la società – lo dico in maniera generica – rivendicasse già una modifica del paradigma.

La grande sostituzione che abbiamo avuto – ed è innegabile, ci crea tanti problemi – è quella malattia-malato. La malattia è un paradigma, il malato è molto più complesso. Questo è il punto.

Quando è nata la medicina scientifica, la medicina costava poco, poi, con il tempo, la medicina ha cominciato a costare sempre di più. C'è stata una forte immissione di tecnologia. Pensate semplicemente ai farmaci, l'abbiamo appena visto in video. Il problema dei costi non è che ci passa sopra la testa, ma ci attraversa, ci trapassa, e anche questo problema della sostenibilità sollecita un cambiamento di paradigma.

Secondo me due sono i grandi gruppi che hanno spinto verso la crisi. Uno è sicuramente culturale, antropologico, sociale, l'altro è di tipo economico: è cambiato il malato, non c'è il più paziente, io sono anni che lo chiamo “esigente”, insomma, è cambiata parecchia roba. Il nostro interlocutore è veramente cambiato.

L'altro punto è l'ingresso del limite economico. Lavorare in un'azienda significa lavorare in un certo contesto, lavorare con delle “logiche economicistiche”. Non so se avete notato il passaggio teorico che ha fatto Anelli nella sua introduzione, quando ha detto: “Noi siamo medici dei cittadini e non dello Stato”. Questo vuol dire mettersi al servizio dei diritti, nel senso che noi non siamo d'accordo con il metterci a servizio delle compatibilità.

Ecco perché lui, da Presidente, oggi è costretto a dire che non è un passaggio semplice, perché passando dallo Stato al cittadino sembra quasi che lo Stato sia in contrapposizione al cittadino, il che non è, però è significativo, perché ha delle grane, ha dei problemi, ha la questione medica da risolvere; e io mi dichiaro d'accordo con lui.

L'altra cosa che voglio dire è che la crisi della medicina, in termini un pochino più tecnici, è una crisi di questo paradigma. “Paradigma” si usa spesso, però quando mi capita di usare “paradigma” ai miei studenti spiego sempre che cos'è, perché non è detto che tutti intendano la stessa cosa.

Anche Kuhn si è occupato di paradigmi e nel suo libro c'è stato uno che è andato a contare le accezioni diverse con le quali ha usato il termine e ha contato 28 concetti diversi di paradigma, in un libro solo, fatto dallo stesso autore.

Che cos'è il paradigma? Il paradigma, per essere semplici, io lo immagino come una città, come un sistema di concetti: una città fatta da tanti quartieri. Per esempio, in questa città vi sono concetti che io chiamo statutari, i concetti che nel nostro mondo ci dicono quello che possiamo fare e quello che non possiamo fare; e questi concetti sono nel quartiere che noi chiamiamo deontologia, o etica medica.

Nel paradigma, poi, ci sono i concetti scientifici, che sono quelli che regolano l'uso delle conoscenze. Ebbene, questi concetti stanno in un quartiere che noi chiamiamo epistemologia.

Vi sono poi altri concetti, che ci dicono come dobbiamo fare, come dobbiamo operare, e questi stanno nel quartiere della metodologia.

Un paradigma è questo. Il paradigma non è una regola, non è un singolo principio, un singolo criterio, è un sistema molto interconnesso. Questa è la caratteristica del paradigma.

Perché dobbiamo capire ed accordarci sul concetto di paradigma? Prima di tutto perché i principali problemi che abbiamo hanno questa caratteristica: vanno a colpire tutti i quartieri. Il passaggio dalla malattia al malato ha implicazioni deontologiche, ha implicazioni epistemologiche e ha implicazioni metodologiche. Semplicemente l'introduzione del limite economico, alla stessa maniera, va a rompere le scatole alla deontologia, va a rompere le scatole alla metodologia, eccetera, quindi quando io parlo di crisi del paradigma, per me la crisi non va spiegata in modo lineare, “la crisi è colpa di...”, la crisi viene fuori, emerge, è un po' come il vapore che viene fuori dalla pentola del minestrone, viene fuori da tante cose messe insieme.

Quand'è che abbiamo la crisi? Quando abbiamo la massa critica, quando i problemi si mettono insieme, si sovrappongono, si intersecano, fino a che si crea una massa critica, che comincia a scavare e a creare le condizioni per una crisi.

Io non mi sognerei di dire che la crisi del paradigma della medicina è causata dalla perdita dell'autonomia del medico, anche se so che la perdita dell'autonomia del medico è una questione importante. Per avere la crisi del paradigma devo avere la perdita dell'autonomia, il contenzioso legale, l'aziendalismo, l'economicismo: tutti insieme fanno una massa che alla fine mi crea le condizioni di una crisi.

Non perdete il senso della complessità, altrimenti non comprendiamo come questi fenomeni vengono fuori.

Infine, il discorso dei rapporti con la scienza, il paradigma e la scienza. Prima citavo Kuhn, che era un epistemologo, non un medico. Era uno che ce l'aveva con Popper, era molto critico nei confronti di Popper. Kuhn ha scritto un libro: “La struttura delle rivoluzioni scientifiche”, e pensava che l'unico modo per modificare un paradigma fosse la rivoluzione scientifica, cioè una teoria che soppiantava un'altra teoria.

Questo, signori, è assolutamente vero – uso ancora la terminologia di Kuhn – nelle scienze normali, cioè nella chimica, nella fisica, nella biologia, nell'astronomia tutto questo va bene, ma c'è da decidere se la medicina è una scienza normale. Secondo me no.

La medicina non solo non è una scienza, è un insieme di conoscenze, ma è tutto meno che normale, nel senso che in medicina noi ce la dobbiamo vedere con il nostro interlocutore, siamo un'impresa sociale. La fisica non è un'impresa sociale, la medicina si.

L'idea di rivoluzione paradigmatica di Kuhn per noi non va bene, la dobbiamo riadattare, almeno questa è la mia convinzione. La medicina non è solo una scienza ed è solo una parte del paradigma, quindi non possiamo pensare che basti una teoria scientifica nuova per cambiare tutto.

Del resto, noi abbiamo già delle cose sotto gli occhi, e riprendo l'esempio della terapia: noi abbiamo fatto uno sviluppo, in ambito farmacologico, impressionante. Abbiamo farmaci potentissimi, nuovi, che purtroppo costano tanto, ma non è che io, cambiando i farmaci, ho cambiato la cultura terapeutica. Spesso ho cambiato i farmaci nello stesso schema terapeutico, oppure ho fatto una grande immissione di tecnologia – mi viene in mente la chirurgia, che adesso usa la robotica, addirittura, mi viene in mente l'innovazione tecnologica – ma non cambia il modello. Il paradigma è un modello, un modello culturale, un modello filosofico.

Naturalmente non possiamo escludere che anche dalla scienza vengano delle discontinuità paradigmatiche, ma vi avverto: non crediate che tutte le cose che vengono dalla scienza siano automaticamente positive; ci sono anche delle grandi contraddizioni, delle quali dobbiamo farci carico.

Vi faccio un esempio: l'ultimo grido, la grande scoperta, la grande discontinuità, nell'ambito delle conoscenze, adesso è la genomica, con tutti i derivati della genomica. Ho assistito a parecchi convegni dove alcuni sostenevano che la genomica sia un cambio di paradigma. Secondo me non è così: è un aumento di conoscenza scientifica, ma non è un cambio di paradigma, se per paradigma intendiamo quello che dicevo prima. È comunque un aumento, nel senso che oggi, per spiegare una malattia, ho a disposizione degli elementi in più, che chiamo genomica, ma questi elementi in più non mettono in discussione il modello di fondo. Anche con la genomica, io ho sempre un rompiscatole che mi porta in tribunale, ho sempre questi problemi, ho sempre quegli altri problemi, ho il problema dell'autonomia, eccetera eccetera. È questo che voglio dire.

Tuttavia, il rapporto tra medicina e scienza sicuramente è un rapporto molto importante.

Concludo questa prima parte: per me esiste una crisi della medicina, è una crisi di paradigma e la crisi del medico deriva, in prima istanza, da questo. Tengo a sottolineare questo: potete anche essere in disaccordo con me, ne discuteremo, però io penso che se noi ignorassimo i cambiamenti strutturali, al fine di risolvere i problemi che abbiamo, faremmo un grave errore. Possiamo migliorare lo stato giuridico, il ruolo, possiamo persino rifare i contratti, ma i problemi di fondo, i problemi straordinari, restano tutti.

Secondo gruppo: questione medica. Innanzitutto cos'è la questione medica? Anche qui ho visto posizioni diverse. Secondo me, quando tutti i problemi che girano nel mondo si mettono insieme e fanno massa critica, abbiamo la questione medica.

La questione medica è diversa dal concetto di problema, è un insieme di questioni che interagiscono e ci danno in testa. Questa è la questione medica.

Cosa c'è, però, sotto alla questione medica? Alla fine, stringi stringi, l'essenza della questione medica in cosa consiste? Secondo me consiste in un processo di negazione, cioè noi abbiamo un medico e, attraverso la questione medica, questo medico diventa sempre un non-medico, sempre meno medico. È un processo di negazione quello che sta dietro alla questione medica. Non solo è dovuto a tutti i fattori che sappiamo, ma è anche dovuto a delle “innovazioni” piuttosto importanti.

Per la filosofia il “non” di qualcosa, il “non” della realtà, è una negazione. Il non-medico cosa perde? Lo dicevo prima: perde un grado di autonomia, alcuni ne perdono di più, altri di meno, altri sono condizionati, eccetera, ma perché, Filippo, la perdita dell'autonomia è così grave? Riflettiamoci. Basta che io dia un po' più di autonomia e ho risolto tutto? Perché la perdita dell'autonomia è così grave, rispetto all'identità della professione medica? Semplicemente per questo: perché la perdita di autonomia significa perdere il potere di decidere cosa è necessario e cosa non è necessario per un malato. Se tu perdi il controllo sulle necessità e sui bisogni del malato, è come se tu perdessi il controllo sulla malattia e sul malato, quindi è una perdita non solo giuridica, è una perdita ontologica, è un'amputazione grave.

C'è un mucchio di gente che non vede l'ora di spazzare via l'autonomia, definitivamente, per decidere in altro modo le necessità. In quanti modi le necessità sono lette da altri? Basta leggere vedere le linee guida, che sono già una lettura di necessità; basta vedere i budget, che sono già una limitazione delle necessità; e noi diventiamo degli “esecutori”, rispetto a queste necessità.

Perdita di autonomia: cosa facciamo? Non basta solo dire “ridammi l'autonomia che mi hai rubato”, per risolvere tutto, non è così semplice. Io penso che dobbiamo fare qualcosa e, per fare qualcosa, vorrei introdurre una distinzione, che vi prego di non considerare teorica, perché è molto pratica. È filosofica, ma è una distinzione molto pratica: è quella tra essere medico e il modo di essere medico.

Essere medico significa avere una laurea, aver fatto un percorso di studi, avere dei titoli, iscriversi all'Ordine, eccetera eccetera, ma il modo di essere medico è un'altra cosa. In questi anni abbiamo assistito a tante persone che si piccavano di dire ai medici come dovevano comportarsi.

Abbiamo avuto, negli anni '80, la moda dell'umanizzazione, per cui il medico doveva essere più umano. Abbiamo poi avuto il problema dell'appropriatezza, doveva essere più appropriato. Poi doveva essere comunicativo, poi più relazionale, però tutti quanti avevano una caratteristica: tutti dicevano come doveva essere il medico, ma essere medico era invariante, costante. Io dicevo ad un medico: “Giustetto, impara a fare le relazioni”, ma lui non è stato formato, all'università, a fare le relazioni. Il suo essere medico era in disarmonia con il suo modo di essere medico.

Noi intendiamo, con gli Stati Generali, ovviamente ridefinire il modo di essere medico, ma mettendo in discussione l'essere medico, perché la relazione, per esempio, è un modo di conoscere il malato. La relazione è un modo di conoscere il malato, non è amabilità. Io non credo a queste teorie superficiali e sciatte: non è dire tre volte buongiorno, la relazione, o informare, la relazione è un modo per conoscere una cosa che puoi conoscere solo attraverso la relazione. Se non avessimo i malati, le relazioni non servirebbero, rifaremmo una riedizione delle opere di Murri, basterebbe questo, perché Murri ragionava non con i malati ma con le malattie.

Il modo di essere medico è quello che noi dobbiamo definire, ma non lo dobbiamo definire a essere invariato, questo è il punto. Qui c'è il grande nodo della formazione del medico. Se io voglio che un medico si comporti in un certo modo, lo devo fabbricare, fin dall'origine, per metterlo in condizione di fare in quel modo. Non posso, per esempio, dirgli: “Segui le evidenze scientifiche e basta”. Poi, se l'evidenza scientifica è falsificata, gli chiedo un surplus, ma glielo insegno? Questo è il punto, e questo noi non lo insegniamo, nelle università.

Epistemologia e metodologia è l'altro gruppo. Me la cavo con due battute, qui, dicendo: “Sapete che cos'è l'epistemologia?”. Si occupa di conoscenza, di come conoscere, di come usare le conoscenze.

Secondo me ci sono due grandi problemi che ci stimolano, che ci invitano a ridiscutere le epistemologie. È semplice: il primo lo chiamo lo scarso realismo di una certa medicina. La medicina scientifica, alla fine dell'Ottocento, è nata, come tutte le scienze positive, come una scienza della realtà. Noi siamo convinti di essere degli esperti di realtà. Noi crediamo solo alla realtà sostanziale, alla realtà fisica, a ciò che vediamo, a ciò che osserviamo. Noi crediamo a ciò che misuriamo. Ecco, questa è la realtà, ma questa è la realtà della malattia. Se io, oltre alla malattia, metto il malato, mi scopro automaticamente poco realista, perché un pezzo del mio problema resta fuori.

Se io ho problemi di inadeguatezza, se ho problemi di crisi, devo fare in modo che la medicina diventi ancora più realista di quello che è, cioè nei fatti devo mettere ciò che adesso nei fatti non c'è. Ci devo mettere il soggetto, ci devo mettere i contesti, ci devo mettere limiti. I limiti economici vanno messi dentro, perché io li voglio governare, i limiti economici, ma a certe condizioni, non subirli.

Il primo problema che ha l'epistemologia è quello di ripensare un'epistemologia più realista di quella che è, perché nella conoscenza manca un pezzo di realtà, e addirittura deve essere più realista e più pragmatista, perché a noi interessa, con questa società, avere dei risultati. In ogni caso noi dobbiamo avere i risultati perché, quando non abbiamo risultati, sono dolori, in qualche misura.

La seconda cosa che richiamo, sempre nel contesto dell'epistemologia, non è solo un deficit di realismo, ma è un deficit grande, clamoroso, che io chiamo complessità. Vi sembrerà strano, ma il modello, il paradigma scientifico della medicina, non è stato pensato sotto la teoria della complessità – attenti – per come la intendiamo oggi, perché l'idea della complessità, come la intendiamo oggi, è nata negli anni '70 ed è nata in ambito biologico, addirittura. È stata alla base della rivoluzione della biologia.

Quando è nata la medicina scientifica, però, questa complessità neanche c'era. Addirittura ho scoperto che il termine “complessità”, prima di questo avvento, è un neologismo, perché prima esisteva solo “complesso”, poi hanno deaggettivato il complesso e l'hanno fatto diventare un sostantivo; ma questo nasce in ambito biologico.

Cosa vuol dire “complessità”? Qui ci chiariamo, perché questo è un punto importante. Io penso che su questo ci siano molti equivoci. In realtà la medicina scientifica è una medicina delle complicazioni, ma non è una medicina della complessità, per come è stata concepita.

L'esempio di complicazione che voglio fare è molto semplice. Prendete un orologio: se un orologio misura solo le ore, sarà un conto, può misurare i minuti, può misurare i secondi, può avere la data, può avere le fasi lunari, può misurare le maree, può misurare l'altimetria, eccetera, questo è un orologio che resta orologio, ma diventa sempre più complicato. Per essere complesso, bisogna ragionare in un altro modo. Non basta l'oggettività, ci vuole la soggettività. Non basta l'evidenza scientifica, ma ti devi mettere d'accordo con lui, devi tener conto del contesto, devi tener conto di tante cose. La complessità, per definizione, è un insieme di cose diverse.

Perché il medico è una professione complessa? Perché il medico deve essere un clinico, deve essere un economista, deve essere un giurista, deve essere un eticista. Questa è la complessità della professione. Non è una professione riducibile.

Io penso che l'epistemologia debba semplicemente adeguarsi a queste due cose, cioè deve fare in modo che la conoscenza sia più realista e, nello stesso tempo, deve fare in modo di essere più complessa.

Apro una parentesi: la riforma sanitaria del 1978, la n. 833, io me la sono studiata da epistemologo e vi assicuro che non ha traccia della logica della complessità. Ha traccia di un'altra logica, quella del positivismo. Ecco perché molte cose poi sono venute fuori.

La complessità è un'altra logica, è un altro modo di vedere il mondo, è un altro modo di governarlo; un modo completamente diverso.

Infine, mi restano gli errori, gli insuccessi e il problema della femminilizzazione.

Sull'errore me la cavo molto rapidamente. Ci sarà Giovanni che farà il coordinatore, ho letto anche il documento. Per me il problema è molto semplice, Filippo: i medici, in tutta la loro vita, hanno sempre sbagliato, non è che l'errore è venuto fuori adesso. Cos'è che è cambiato? È questo il punto che a noi interessa: se prima l'errore medico era considerato una fatalità, oggi è direttamente riconducibile alla colpa personale del medico. Questo è il grande cambiamento, cioè il vero problema che io vedo, dietro al problema dell'errore, è la percezione sociale dell'errore. Prima non era percepito come errore, per cui noi facevamo il nostro mestiere con grande tranquillità. Adesso è percepito socialmente come un errore e ci viene imputato, ci portano in tribunale.

Questa cosa crea enormi problemi. Noi dobbiamo cercare di spiegare alla società che esiste la fallibilità. Per esempio c'è il lavoro che abbiamo fatto a Trento, che su questo ha scritto un capitolo importante, fino ad arrivare alla deontologia sociale, dove ci dobbiamo concordare perché, se esiste la possibilità di sbagliare – ed esiste – dobbiamo corresponsabilizzare. Vuoi fare l'esigente? Ti faccio fare io l'esigente, vieni con me e ti prendi le tue responsabilità.

Accanto a questa cosa, come abbiamo risposto noi in questi anni? La mia opinione personale è che abbiamo risposto in modo non proprio adeguato. Abbiamo preso la strada del risk management, o molti hanno preso la strada del risk management, ma a parte che il risk management è stato inventato dalle assicurazioni per contenere le perdite dei premi, il risk management vale nella logica della resilienza, cioè io resisto al rischio.

Sarò un italiota, a questo punto, ma io sono più favorevole a ripescare una cosa che è solo nostra, una grande scuola italiana – qui abbiamo Giacomo Del Vecchio, che è un grande esperto, ha scritto un bellissimo libro sull'errore – che è la scuola di pedagogia dell'errore. Mi riferisco a Murri, ad Austoni, a Scandellari, alla scuola padovana.

La differenza tra il risk management e questo in cosa consiste? Il risk management – lo dice la definizione stessa – amministro il medico, ciò che fa il medico; nell'altra scuola, che a me piace di più, è il medico che impara dall'errore e autogestisce la propria attività attraverso l'errore.

Io insegno alla facoltà di medicina e vi assicuro che uno dei miei sogni è che a medicina si insegni, per esempio, come governare l'errore in rapporto ad una complessità. Noi non lo facciamo, questo, eppure noi sbagliamo.

In questo processo, dove dobbiamo spiegare a questa società che non siamo infallibili, che c'è la fallibilità, bisogna spiegare anche una cosa che per me è molto importante e cioè il fatto che, attraverso certi errori, che io chiamo errori congetturale, noi facciamo le diagnosi.

Se noi smettessimo di fare tentativi ed errori, per esempio, che è una metodologia, se smettessimo di usare l'errore congetturale, smetteremmo di fare le diagnosi a un sacco di gente. L'errore calcolato, l'errore usato, è utile per fare una diagnosi. Paradossalmente, quando io penso ad una medicina senza errori, penso ad una non-medicina, cioè penso a una medicina che si occupa solo di casi maledettamente certi e sicuri.

Infine, il discorso della femminilizzazione. È un discorso che a me, personalmente, sta molto a cuore, perché voglio far notare, Filippo, una cosa che mi ha colpito: l'ultimo codice è del 2014, cinque anni fa. In quel codice non è menzionato il fenomeno, eppure il fenomeno esisteva. Oggi, attraverso gli Stati Generali, questo fenomeno finalmente ha un riconoscimento, ha uno spazio di discussione e, secondo me, ne dobbiamo discutere fare perché è una realtà innegabile. Secondo me c'è bisogno che anche la deontologia registri questa novità – e non è stata registrata, finora, come dicevo – ma, soprattutto, sono estremamente speranzoso che dalla femminilizzazione venga fuori un valore aggiunto per la professione, utile anche a risolvere la questione medica. È un terreno di grande interesse.

Finora abbiamo detto le solite cose, un po' tutti: c'è il problema della rappresentanza, eccetera, ma bisogna fare un po' di più.

Chiudo citando due casi: io vi ho spiegato perché, secondo me, dobbiamo aggiustare un paradigma, ma vorrei chiarirmi bene con voi, perché non voglio che ci siano equivoci. Vorrei spiegare bene cosa vuol dire cambiare un paradigma o non cambiare.

Cambiare un paradigma vuol dire prendere semplicemente la medicina del Novecento e metterla nel terzo millennio. Questa operazione, dal punto di vista metodologico, si chiama ricontestualizzazione. Cosa vuol dire? Io prendo lui, che è del Novecento e lo metto nel terzo millennio. Cosa cambia? Gli elementi del contesto che definiscono gli elementi di base. Cambiare paradigma non è dare fuoco ad un paradigma, ma ricontestualizzarlo, cioè metterlo in sintonia con un mondo che è completamente diverso.

È un paradigma che si basa sulla complessificazione, rende maggiormente adeguata la medicina e la società e, addirittura, non è meno scientifico. Quando vedo questi equivoci, fremo. Io voglio essere più scientifico e, se sono più realista, sono più scientifico. Se sono meno realista, sono meno scientifico, intendendo, per scientificità, una conoscenza ampia.

Cosa non vuol dire riflettere sul paradigma? Non vuol dire soppiantare quello che abbiamo, non si tratta di buttarlo alle ortiche; non vuol dire rinunciare alla nostra tradizione positivista, perché è vero che esiste il malato, è vero che abbiamo la società, ma è anche vero che le malattie esistono e che le malattie hanno un'implicazione biologistica e che le dobbiamo curare, quindi non butto via niente, anzi, adotto la regola del norcino: del maiale non si butta via niente, ricontestualizzo tutto, eccetera.

Da questo viene fuori, secondo me, una nuova medicina, quindi un nuovo medico, che è basata sulla scelta autonoma e responsabile del medico e del malato, sulla base di una scelta consensuale; molto attenta ai risultati; in grado di governare la complessità; in grado di ragionare nelle relazioni, per forza deve basarsi sulle relazioni; in grado di curare in modo appropriato e adeguato; molto più realista e ragionevole.

Terminando, io propongo di ripensare il paradigma, ma c'è gente, a questo mondo, che propone di farlo fuori, il paradigma; e cito due esempi. Il primo è dell'altro giorno, il 12 e il 13 a Bologna si è tenuto il Festival della scienza della medicina e il tema era: “Rapporti fra intelligenza e salute”.

Questo convegno era imperniato su un assunto, che appartiene a quella che adesso si chiama epidemiologia cognitiva: “La salute dipende dall'intelligenza e l'intelligenza dalla salute”. Questo è l'assunto.

Per fare salute, l'intelligenza umana non basta, dicono loro, e spesso un problema, cioè l'intelligenza umana sbaglia per cui è necessario puntare tutto sull'intelligenza artificiale. Qual è il risultato? Affidare all'intelligenza artificiale la gestione epistemologica della medicina; definire un medico del futuro capace di affiancare le macchine – sono tutte citazioni testuali, dal manifesto di questo festival – per aiutarle ad apprendere i modi per fare salute; automatizzare le procedure mediche, a ogni livello, per migliorare i rapporti tra i pazienti e la sanità, togliendo di mezzo quei fattori paternalistici, psicologici, di inganno e autoinganno, all'origine del fatto che la medicina, almeno da un secolo, è diventata sospetta o invisa ai malati e alle persone che interagiscono con essa (ancora una citazione); definire algoritmi più precisi per abbattere gli errori medici e le diagnosi: fare in modo che i medici si conformino agli standard incontestabili; sostituire nel tempo i medici con i chat bot – che è un software che pretende di sostituirsi alla relazione tra medico e malato – e, quindi, risolvere i problemi della relazione.

Questa è un'idea di medicina che, per affermarsi, ha bisogno di togliere al medico qualsiasi autonomia. L'ultimo esempio è Babylon Health. È un'app, una startup britannica che ha già assoldato un sacco di gente, che, attraverso un semplice software, attraverso lo smartphone, pone il cittadino in condizione di scrivere i sintomi, viene collegato con un database e non c'è bisogno più di andare dal medico. Leggo testualmente: “L'obiettivo, a lungo termine, è quello di curare le persone direttamente con l'intelligenza artificiale, senza l'intervento di un medico in carne ed ossa”. Quest'idea di medicina per affermarsi, ha bisogno di eliminare i medici in quanto tali.

Termino dicendo: non crediate che il problema della riduzione dell'autonomia di cui noi soffriamo sia indipendente da questa cosa. È semplicemente l'antifona, nel senso che, se continuiamo ad avere la crisi, se continuiamo ad avere problemi di sostenibilità, se la gente continua a contestarci, la cosa più semplice è far fuori il medico, mettere la macchinetta e abbiamo risolto tutto.

Ringrazio e auguro buon lavoro