



98

Kéiron

Non ha alcun senso essere favorevoli o contrari all'evidenza (con le precisazioni d'obbligo che questa parola esige) perché sarebbe come essere favorevoli o contrari al cielo quando è nuvoloso, mentre si sperava di prendere il sole, o ai numeri della matematica o ai sogni che facciamo dormendo. Si può essere contrari o favorevoli ad un "evidenziatore"? Vale a dire a quei pennarelli fosforescenti che si usano per evidenziare le frasi scritte che ci interessano? Cioè ad uno strumento che, mischiato ad altri strumenti sul nostro tavolo, aspetta che l'occasione ne solleciti l'uso e lo renda utile se non indispensabile? Evidentemente no.

Però, si può essere contrari o favorevoli ad un certo impiego dell'evidenziatore (per scrivere una lettera) o ad un suo impiego indifferenziato (il suo uso in ogni caso) o alla sua astrazione nel senso di un geroglifico, o a un suo uso teorico come "teoria per..." o "teoria di..." (per calcolare una pennellata di parole o definire la scia di un aereo) o come simbolo (della morale, del risparmio pubblico, della sessualità maschile, ecc.).

In tutti questi casi si può essere favorevoli o contrari rispetto a certe pretese dell'evidenziatore. Questo non solo è lecito ma, in certi casi, è persino doveroso.

Addurre da parte sua possibilità, poteri, capacità, valori, intenzioni, finalità, culture, filosofie, utilità del tutto improprie, è come aspirare o stimare di avere titolo (sempre come evidenziatore) ad essere una "schola pansophiae" vale a dire pretendere, come diceva Comenius, di "insegnare tutto a tutti".

Ma perché un "evidenziatore" può addurre ragioni così dissimili dalle sue reali possibilità e addirittura stimare di poter governare l'intera medicina? Si badi bene che questo è un quesito che solo apparentemente riguarda la sua immodestia. Quali le condizioni, i contesti, la storia che lo inducono ad essere così sicuro di sé? Che cosa non rende ridicolo un evidenziatore che si candida a governare niente meno che la medicina?

Alcune ragioni sono state dette nei vari saggi di questo numero: la necessità di ridurre le spese sanitarie attraverso un razionamento delle prestazioni; la necessità di standardizzare in qualche modo l'atto medico; di produrre informazione; di razionalizzare specialmente le terapie; di assicurare una qualche scientificità a conoscenze ancora troppo empiriche; di fare del malato il destinatario di una conoscenza sperimentale, ecc.

Immodestia e pretese

Che cosa vuol dire "based"?

Ma sono sufficienti queste pur importanti "utilità" a spiegare le pretese di un evidenziatore? Noi pensiamo di no, se ciò fosse sarebbe come ricercare spiegazioni solo nella sovrastruttura (per ricordare Marx) e, in quanto tale, separare la medicina (come se fosse possibile) dal resto del mondo, dalle trasformazioni sociali, economiche, culturali più profonde che riguardano un'intera società.

Le circostanze più profonde secondo noi sono quelle che in qualche modo rappresentano o riguardano proprio la crisi di una qualche "struttura". Non è un caso se la medicina "basata" sulle prove di evidenza, in fin dei conti, si propone prima di tutto come un tentativo di riproporre delle strutture, delle basi. "Based" altrimenti cosa vorrebbe dire? A nostro avviso il concetto di "based" come problema, va esaminato ancora prima di quello di "prova" o di "evidenza".

Bene fa Corbellini a sottolineare la fragilità del concetto di prova, nelle sue varie accezioni inferenziali, statistiche, epistemologiche, ma prima è necessario affrontare il problema che sta a monte: è possibile basare la conoscenza medica su un fondamento? Cioè, è possibile che la conoscenza medica abbia un fondamento che, in questo caso, si chiama "prova", in altri "umanizzazione", in altri ancora "fisio-patologia", in altri ancora "inconscio", in altri genomica, ecc.?

Amesso e non concesso che l'idea di prova non sia così problematica come è in realtà, essa è un fondamento? Ha cioè le caratteristiche per esserlo?

I quesiti posti si riferiscono e si spiegano a partire da quella che unanimemente è considerata la conclamata crisi della medicina (noi preferiamo dire "nella" medicina) e che, per un verso o per l'altro, riguardano proprio le basi, i fondamenti del giudizio clinico, gli apparati per la giustificazione delle nostre credenze scientifiche, i criteri della conoscenza medica quali criteri per giudicare e le nozioni portanti della valutazione (fatto, causa, segno, deduzione clinica, ecc.).

Si tratta di un profondo processo di trasformazione, che impatta sul modo di operare del medico, sui procedimenti per formulare gli enunciati diagnostici, in una parola, impatta sulle basi stesse della conoscenza medica.

Quello che sta avvenendo "dentro" la medicina, assomiglia alla metafora di Popper, ricordata da Antiseri, della conoscenza come una palafitta su una palude (la realtà). Questa metafora per la medicina è efficace in senso generale, e dà l'idea della relatività di ciò che si conosce ma, a ben vedere, rispetto alla medicina è anche una metafora che dipinge la crisi in qualche modo dell'idea assoluta di fondamento della conoscenza.

La metafora di Popper in sostanza è una critica all'idea di "base": egli parla di "base empirica delle scienze oggettive" come di basi relative; di scienza come di una piattaforma (altra idea di base) che poggia su quello che noi riteniamo



soddisfacente (base sufficiente) senza che la nostra valutazione coincida fisicamente con la “base reale” costituita dal fondo della palude (base possibile); egli parla dell’inesistenza “giù nella palude” di una “base naturale data”, alla fine ci dice che la valutazione dei “sostegni” (ovviamente scientifici) dipende dalla nostra soddisfazione in quel momento.

La conclusione di Popper è di fatto una critica all’idea di fondamento: la conoscenza è “based” in tanti modi ma nessuna “base” ha in sé una qualche autorità.

Naturalmente, in medicina, la realtà di un malato può essere certamente configurata come una palude cioè come un luogo infido, non solido, ingannevole, mobile ma anche come è esattamente il nostro habitat terrestre, cioè variabile nella sua composizione geologica, ambientale, naturale al punto da poter dire che “base” per l’eschimese non è la stessa cosa di “base” per il tibetano o per un pescatore polinesiano, o per un cittadino di Manhattan o di Venezia.

La variabilità di un malato, specialmente in ambito terapeutico, è tale che l’idea assoluta di fondamento, di fatto, è un ostacolo al suo governo conoscitivo e scientifico. La “crisi” ha capito proprio questo e sta riflettendo su come sbarazzarsi di un’idea così poco efficace senza che questo la privi di credibilità scientifica.

Non intendiamo, sia chiaro, sostenere che in medicina non può esistere un qualche tipo di fondamento (ci mancherebbe altro) ma più semplicemente che questo, di qualunque tipo esso sia, non può essere un ente metafisico, un a priori assoluto, o un imperativo categorico ma più realisticamente ciò che conviene di volta in volta, caso per caso. Così l’idea di “fondamento” diventa un problema metascientifico dal momento che la sua “scelta” dipenderà dalla riflessione che, volta per volta, caso per caso, il medico farà sul “fondamento” più adeguato e, per questo, più conveniente al suo malato. In tale ordine logico non si tratta di dotarsi di fondamenti “veri”, “evidenti” e “provati” (come vuole il verificazionismo) ma di fondamenti adeguati dove, con questo termine, non si intende un principio di corrispondenza rispetto al caso, al malato, ma di convenienza che altro non vuole dire se non un accordo tra il medico e il suo caso e una certa situazione. E’ la situazione che prova l’opportunità di un certo “fondamento”.

La frase: “la situazione sostiene la scelta” vuol dire che l’atto medico è sempre vero riguardo a tale situazione e che esso sarà conveniente, cioè coerente, in qualche situazione possibile.

Ma l’idea di fondamento adeguato e conveniente implica il



Decidibilità e indecidibilità

ripensamento di quello implicito nell'idea di "based" della medicina dell'evidenza. Cioè, alla fine, implica che lo si neghi come ente metafisico, cioè verità assoluta. E tutto, si badi bene, davvero nell'interesse del malato.

Corbellini, sulle linee-guida, ha introdotto dati e considerazioni che legittimamente fanno sorgere molti dubbi sull'affidabilità, per la pratica clinica, di questo strumento ideato sia per governare la variabilità degli atti medici, sia per evitare le cure inappropriate e, quindi, contenere le spese.

Eppure, la medicina dell'evidenza, tutto sommato, si regge sulle linee-guida, sui protocolli diagnostici e terapeutici, in una parola sul ruolo del procedimento, del metodo, come primaria garanzia di scientificità.

Il ragionamento non è nuovo e né privo di aporie e, sostanzialmente, presume che il metodo sia una garanzia di affidabilità. L'analisi di Corbellini mostra, invece, che per quanto si sia accurati nella definizione procedimentale, resta un problema di "scarsa qualità metodologica".

Problema non secondario. Ma basta migliorare la qualità metodologica del metodo per avere un più elevato grado di affidabilità? In una parola il metodo da solo è davvero capace di offrirsi come una garanzia?

Può essere il fondamento?

Per rispondere è necessario articolare il discorso e analizzare quello che per la medicina dell'evidenza è davvero il primato del metodo.

Una linea guida è un metodo effettivo per determinare, in un certo numero di passi, delle scelte. Essa rientra negli ambiti della decidibilità vale a dire che una scelta clinica è decidibile se deriva da un metodo, "based", su una successione di enunciati.

La medicina dell'evidenza in fin dei conti si basa su quelle che si chiamano procedure effettive cioè percorsi fissi come garanzie di utilizzazione dei dati. Quindi essa fonda le sue evidenze sulle loro decidibilità.

Ma nella pratica clinica spesso ci si rende conto che, pur di fronte ad uno stesso pacchetto di dati, si giunge a conclusioni non solo diverse ma addirittura contraddittorie, per non parlare dei controfattuali, delle questioni legate alla soggettività medica, dei casi atipici, delle ambiguità, delle variabilità individuali, ecc.

Una linea guida, o qualsiasi altro protocollo, non è, nella sua natura procedurale, molto diversa dai famosi "alberi decisionali" della famosa "teoria delle decisioni", così cara a certa economia disinibita, e non è un caso se la medicina dell'evidenza è piena di tali suggestioni. Lo stesso Sackett sostiene che la decisione clinica dovrebbe iniziare con un diagramma che illustri tutte le scelte alternative e i loro possibili esiti. In tutto ciò traspare l'ideale non di un medico scientificamente razionale ma di un banale uomo economico razionale le cui scelte sono sempre le più idonee rispetto ai vantaggi contabi-



lizzabili.

Le contraddizioni ideologiche di molti “evidenziatori” sono qualcosa che meriterebbero un approfondimento a parte. Essi si schierano per il pubblico contro il privato, combattono il mercato e il profitto e, nello stesso tempo, sono, loro malgrado, i rappresentanti più rigidi della sua ideologia più integralista. La teoria delle decisioni è convinta che basti un computer e una buona banca dati per governare il mondo.

Con le procedure effettive (cioè le linee guida), la medicina dell’evidenza tenta, in definitiva, la decisione tra possibili alternative potenzialmente in conflitto tra loro.

Da un punto di vista operativo ciò significa ricorrere ad un ragionamento di tipo categoriale, quello che comporta scelte quasi automatiche (proprio come “l’albero delle decisioni” degli evidenziatori e degli economisti disinibiti). Se il malato è X allora deve essere Y.

L’obiettivo della medicina dell’evidenza è formalizzare la conoscenza per il medico in modo che il medico non deve fare altro che riconoscere un’evidenza.

Il saggio di Tombesi è abbastanza chiaro a proposito di questa pretesa: il problema è qualificare la conoscenza del medico dal momento che i ragionamenti categoriali in medicina fanno acqua da tutte le parti.

L’illusione di predisporre delle linee-guida o dei protocolli, alla stregua di quelle che nella logica si chiamano “tavole di verità”, in medicina è continuamente contraddetta dalla pratica.

Le “tavole di verità” sono un metodo per determinare il valore di verità di un enunciato complesso in funzione dei valori di verità degli enunciati che lo compongono.

Le linee guida, quali tavole di verità in medicina, dovrebbero comprendere tutti gli enunciati che appartengono al mondo del malato (al suo essere biologico e al suo esistere in un contesto, con in più quelli che appartengono al mondo delle credenze del medico) e ciò è chiaramente impossibile.

Le “tavole di verità” nella forma di linee-guida, o altro, in medicina sono per forza sempre operazioni fortemente riduttive e approssimative.

Ne “L’uomo inguaribile”, questi problemi sono stati posti quasi come se la medicina si trovasse tra la decidibilità e l’indecidibilità. In effetti la sfida che le si offre non riguarda “ciò che sa” ma “ciò che non sa”, cioè l’ignoranza che tutti i giorni il medico scopre davanti ad un malato anche se, su quella malattia, probabilmente egli sa tutto ciò che è possibile sapere.

Non si tratta tanto dell’ignoranza socratica (so di non sapere)



Sospetti e dubbi

ma di un'ignoranza soprattutto epistemologica (non sapevo di non sapere).

Ogni malato, ogni situazione clinica, ripropone aspetti di questa peculiare ignoranza.

La decidibilità della medicina dell'evidenza, come qualsiasi altra decidibilità, dipende dalle sue regole, dai suoi metodi, dalle sue procedure ma dal momento in cui il medico, come dimostrano i saggi di Corbellini, di Tombesi, di Jervis, scopre le loro palesi insufficienze nascono quei problemi che, con buona pace della medicina dell'evidenza, non sono facilmente decidibili e che obbligano il medico a prendersi delle responsabilità. Come ha detto Von Foerster non è possibile decidere le questioni decidibili perché esse sono state "già decise" dal metodo, dalle procedure.

Possiamo decidere solo le questioni indecidibili. Ne consegue che oggi la medicina per essere davvero tale deve assumersi la responsabilità di decidere, di scegliere, postulando, attraverso ciò, la base per la sua etica.

In medicina sta avvenendo una sorta di contaminazione epistemologica essenzialmente causata da due fattori: il sospetto e il dubbio. Essi mettono in "crisi" i gangli vitali della razionalità medica tradizionale.

Il sospetto, cioè il "guardare di sotto in su" (suspicer), sospinge la medicina a guardare con diffidenza alle sue verità assolute (il malato è sempre più complesso di quello che si suppone sia).

Il dubbio ("dubium" da "duo", due) spinge la medicina a prendere atto dell'impossibilità di disporre di una verità, di un fondamento, di una prova, perché generalmente la realtà clinica è, sostanzialmente, il regno della contingenza, della individualità, dell'ambivalenza.

Il "sospetto" e il "dubbio", oggi in medicina, sono i motori più potenti di un ripensamento dell'intero apparato giustificatorio della sua razionalità. Rispetto a tale ripensamento, la medicina dell'evidenza sembra quasi una risposta di tipo reattivo, o adattivo (se si preferisce) come di chi ha difficoltà ad andare avanti nelle incognite di un cambiamento di fondo e preferisce tornare indietro a godersi le certezze di ciò che già conosce. Non solo, a rinforzarle e ad irrobustirle, con il ricorso ad ausili tecnici, come il computer e l'informatica che prima erano indisponibili.

In effetti, la nostra impressione è che la medicina dell'evidenza ci dia molte più informazioni sulle difficoltà di certa medicina che non sui processi che riguardano la domanda di salute o sulle esigenze del malato o sulla cultura scientifica della società in cui viviamo, o sul dibattito in corso nella filosofia della scienza.

È impressionante il divario che esiste tra la pretesa della medicina dell'evidenza di agire in "nome e per conto" del malato e ciò che in realtà il malato sta diventando, ormai,



oltre il suo classico statuto ontologico di “paziente”. Oggi la medicina dell’evidenza si propone come luogo di certezze e di sicurezze, come cultura scientifica nel momento in cui il disagio epistemologico si diffonde insieme ad una forte “crisi” di identità della medicina nel suo complesso, e il malato non è più un “oggetto” prevedibile, meccanico, determinato, ma è un “soggetto” poco prevedibile, per niente meccanico e, soprattutto, sovra-determinato (per fortuna). In realtà la medicina dell’evidenza, al di là delle sue valenze, sembra quasi un anacronismo epistemologico. La letteratura parla già dei suoi problemi applicativi, quelli della sua trasferibilità, delle sue debolezze metodologiche e delle varie fragilità euristiche.

L'immodestia dell'evidenziatore però non si spiega solo come risposta al disagio della medicina. Vi è dell'altro.

La sua immodestia sembra quasi giustificata dall'uso che si tende a farne nei sistemi di welfare sanitario. Un uso non facilmente separabile dalle politiche economiche che in tutto l'occidente considerano il costo della sanità come un grosso impedimento allo sviluppo economico. Il famoso “primato dell'economia” così irrompe dentro i sistemi sanitari subordinando, all'intangibilità del limite, diritti, etica, persona, e per questo bisognoso, più che mai, di giustificazioni, teoremi, apparati misuratori, dimostrazioni, prove apodittiche per dissimulare le sue politiche di razionamento e non avere problemi di consenso sociale.

E' indubbio che, negli ultimi anni, quelle che Jervis ha definito “esigenze crescenti di razionalizzazione” e che pescano in certe politiche economiche di redistribuzione del reddito finalizzate a recuperare spese ritenute improduttive (solo perché spese in settori ritenuti non economici), hanno trovato nella medicina dell'evidenza un prezioso strumento di giustificazione delle scelte o di razionalizzazione dei costi e del loro razionamento.

La cosa davvero buffa è che ciò è diventato, paradossalmente, il cavallo di battaglia di quella cultura e di quello schieramento che, dal welfare, ha ricavato legittimazione politica acquisendo i tratti della sua identità emancipativa. L'ossessione economicistica, legata all'aziendalizzazione della sanità pubblica (e al fraintendimento di questa idea importante), porta ad amministrare la medicina, alla burocratizzazione dei servizi pubblici e dell'atto medico, e tutto questo diventa l'humus nel quale l'evidenziatore può permettersi di essere immodesto e sfoggiare la sua ideologia un po' fosforescente, un po' integralista e il suo mora-

Evidenze economicistiche



La tentazione tecnocratica

lismo ma ben lontano da un'idea nuova di scienza, di razionalità e di morale e dalle sfide culturali del nostro tempo.

Il tratto più saliente della medicina dell'evidenza è produrre giustificazioni, più o meno scientifiche, per una tecnica di spersonalizzazione del malato, di restrizione welfaristica e di burocratizzazione dell'impresa medica.

Gli esempi di Costantini, a proposito di evidenza terapeutica, sono eloquenti. Dietro all'economicismo, la dottrina morale dell'altruismo, le politiche dell'amicizia, quelle della solidarietà sociale, dell'aiuto alla persona che soffre, tendono a cedere il passo nei confronti di un nuovo egoismo, quello amministrativo, incurante del fatto che ridurre tutto a statistiche, numeri, procedure, prove, rischia di disappaiare l'altruismo sociale della medicina, dall'amore per gli uomini.

Uno dei teoremi più condivisi dell'etica moderna è quello, per il quale, l'uomo, in quanto tale, non deve mai essere considerato come un semplice mezzo, ma deve sempre avere il valore di un fine.

La medicina dell'evidenza troppo spesso dà l'impressione di considerare sia il malato che il medico più "mezzi", per abbattere sprechi, inutilità, irrazionalità che non il "fine" per una nuova medicina.

Naturalmente, con questi ragionamenti non è nostra intenzione difendere gli sprechi, le inapproprietezze, il cattivo funzionamento dei servizi, ecc.

Siamo perfettamente consapevoli del fatto che le risorse sono limitate, che nel sistema sanitario esistono irrazionalità, che i medici spesso sono impreparati e che ciò che sappiamo è terribilmente provvisorio, e tante altre cose. E siamo dell'opinione che tutto questo debba essere doverosamente affrontato.

Ma chi ha detto, o stabilito, che la soluzione che pur si deve cercare debba essere per forza regressiva sul piano etico, scientifico ed economico? Chi ha stabilito che la soluzione a tutti i nostri mali, proprio come una panacea, debba essere la medicina dell'evidenza? Non c'è altra strada? Giova accreditare la sua immodestia? Non conviene di più aprire una fase di ricerca, di riflessione, di ideazione a tutto campo per ridare respiro all'idealità, per esprimere nuovo umanesimo, nuova cultura e per chiamare in causa il malato, la società come co-decisori? O continuiamo a parlare sempre "in nome e per conto di..." supponendo presuntuosamente "che loro" non possono che essere d'accordo con noi?

Oggi il disagio della medicina, il primato dell'economicismo sanitario che arriva quasi a contrapporla alla società, rivelano, comunque, una situazione profonda di conflitto tra valori etici, scientifici ed economici. A redimerlo, que-



sto conflitto, non sarà di certo la medicina dell'evidenza.

Pensare che attraverso un'inferenza statistica si possa fare sintesi di valori così diversi è più facile a dirsi che a farsi.

Non è la tecnocrazia la risposta ai problemi politici, culturali e scientifici del nostro tempo.

La medicina dell'evidenza resta, pur nella sua positività e nella sua utilità consentita, una risposta prevalentemente tecnocratica. Essa si propone essenzialmente come un "metodo tecnico" e come "insieme di tecniche". Essa è, con l'economia sanitaria, con la farmacoeconomia e le tante discipline del management aziendale, uno dei tanti saperi tecnocratici (utili e preziosi per carità) che però rischiano di costituirsi come un vero e proprio "potere" sulla medicina.

Tecnocrazia, lo dicono tutti i vocabolari moderni, vuol dire "l'uso della tecnica come strumento di potere da parte di vari tipi di dirigenti".

L'influenza dei tecnocrati nei sistemi sanitari pubblici è chiaramente l'espressione di un aumentato interesse del momento economico o finanziario, ma non necessariamente di quello etico, culturale, scientifico.

Il discorso diventa delicato, per quanto riguarda la medicina, allorché si tratta di precisare la portata di tale potere, cioè di comprendere fino a dove e non oltre sia accettabile un'interferenza con la "scienza e coscienza" di un medico, con i problemi esistenziali dei malati, con la loro condizione sociale.

Purtroppo, nella pratica della sanità pubblica, vi sono ormai troppi esempi di una vera e propria interferenza ideologica della tecnocrazia sanitaria nella prospettiva critico-scientifica dell'intera medicina per non preoccuparsi.

Corbellini ha messo in luce il rischio che la medicina dell'evidenza si affermi come ideologia, ciò è possibile non perché è "cattiva" in sé ma perché essa, come fenomeno tecnocratico, comprende soprattutto in quanto tale un'ideologia tecnocratica i cui capisaldi sono: la preminenza dell'efficienza e della competenza, la concezione della medicina come regno di incompetenti e di corrotti, la critica al particolarismo, il tema del disinteresse dei medici nei confronti della "res pubblica" e, quindi, il mito del "decision -making".

L'intera letteratura sulla medicina dell'evidenza può essere considerata come l'espressione di questa ideologia. Vi sono testi, a partire da quello di Sackett, che sono veri e



**Dall'inferenza logica
all'in-ter-ferenza
ideo-logica**



Conflitto di competenze

propri manuali di medicina tecnocratica.

La grande delicatezza di tutto questo per la medicina riguarda il rapporto tra tecnocrazia e politica e, principalmente, il rapporto tra i soggetti istituzionali, pubblici titolari della funzione sanitaria, e i soggetti gestionali che dirigono i servizi pubblici in senso esteso, ma anche la questione della presa in carico del malato. In una parola, il rapporto tra libertà e autorità.

L'impressione è che la politica (che non è quella dei partiti e della lottizzazione ma quella che sceglie il bene comune) sia in declino. L'indicazione dei fini e dei mezzi che è sempre stata la sua funzione primaria sembra essere sempre più delegata alla "competenza" della tecnocrazia, come se tutto fosse un problema di competenza.

Dopo i grandi momenti in cui politica, cultura, scienza hanno conquistato tutte le grandi riforme (la salute della donna, la demanicomalizzazione, l'inserimento degli handicappati, la prevenzione nei luoghi di lavoro, l'umanizzazione degli ospedali, ecc.), nel nostro paese oggi sembra di vivere nel reflusso tecnocratico dove lo spirito politico di quelle riforme sembra perso per aria.

Quei grandi momenti erano riusciti ad indicare dei "fini" e nei "fini" erano riusciti a discutere democraticamente dei "mezzi" e dei "metodi". Oggi la politica sembra incapace di indicare nuovi "fini" di emancipazione, anzi, di fronte alle grandi questioni bioetiche, come la fecondazione assistita, la clonazione terapeutica, le biotecnologie, l'utero in prestito, essa è palesemente in difficoltà e palesemente incompetente.

E questo avviene nel momento in cui l'unica competenza richiesta è quella di indicare i "mezzi" e i "fini" in relazione alla sua cultura, al bene comune, al valore della persona e ad una idea di civiltà.

In sanità, con la crisi della politica, le tentazioni tecnocratiche, pensano che, ricorrendo a strumenti come gli evidenzianti, si possa in qualche modo surrogare la politica. Questo è semplicemente folle. In un sistema sanitario pubblico dominato da un'ideologia tecnocratica il ruolo della medicina dell'evidenza di fatto, in assenza della politica e della cultura, resta quello dell'indicazione autoritaria dei mezzi e dei fini, rispetto ai quali il valore della persona passa in secondo piano.

In fin dei conti, sappiamo tutti che la medicina dell'evidenza è prevalentemente un procedimento che si preoccupa di decidere i "mezzi idonei" da usare in ambito diagnostico e terapeutico per dei fini di economicità.

E' a questo punto che sorge un problema di competizione e un conflitto tra competenze: quella del tecnocrate e quella del medico. Cioè quello tra evidenziatore e medico, tra tecnica e professionalità.

L'evidenziatore, a questo punto, non è solo e semplicemente uno strumento ma punta ad accreditarsi come un tutore e a rivendicare, come soggetto decisore, rispetto, autorità cioè a pretendere per la sua funzione sociale una precisa legittimazione politica dalla politica.

Il conflitto non è solo un problema di immodestia dell'evidenziatore nei confronti del medico e neanche solo di pretese più o meno giustificate ma è più profondo.

E' chiaro che se l'evidenziatore diventa un critico della medicina è segno che una nuova competenza si candida a sovrintendere vecchie competenze. Ciò può essere fatto esclusivamente proponendo una competenza assolutamente diversa da quella clinica, come quella statistico-epidemiologica o organizzativa o come quella che denuncia soprattutto le incompetenze degli altri.

In un contesto in cui il clinico è considerato la controparte della tecnocrazia aziendale e non la sua principale risorsa, per l'evidenziatore è facile trovare tutti gli spazi di legittimazione dal momento che egli punta, nei fatti, a denunciare le incompetenze e quindi a proporsi come un moralizzatore. Ecco perché, alla fine, il rischio è che la competizione avvenga sulla presa in carico del malato e quindi tra discipline. Se il tentativo è di guidare la clinica con la statistica epidemiologica, la condizione è marginalizzare il valore dell'esperienza del medico per affermare la razionalità delle evidenze e di predefinire come ha scritto Antiseri, attraverso degli artefatti, i fatti che il medico dovrà agire.

Si dice che la medicina dell'evidenza punta a trasferire i risultati della ricerca dentro le decisioni del medico. Questo non ha nulla di criticabile (ciò in medicina è sempre stato fatto, anche prima di C. Bernard), a patto che la "trasferibilità" non divenga, in modo surrettizio, la presa in carico di un malato da parte di una competenza impropria. Secondo noi, non è raccomandabile farsi curare da un evidenziatore! Gli evidenziatori sono buoni per quello che servono, a evidenziare le frasi che in un discorso ci interessano di più.

