

PROPRIETY (APPROPRIATEZZA), APPROPRIATENESS

Ivan Cavicchi

Il sostantivo “appropriatezza”, per come viene usato in Italia e per come è descritto nel piano sanitario nazionale, è una parola impiegata in modo nuovo.

Nella letteratura principalmente inglese invece si è usato in questi anni il termine “appropriateness” con un significato diverso da quello che stiamo discutendo, dal momento che esso si rifà ad un rapporto benefici/rischi. Probabilmente sia “appropriatezza” che “appropriateness” sono la traduzione di “propriety” che, come ha fatto notare Andreozzi, citando la “teoria dei sentimenti morali” di Adam Smith, è del tutto difforme dai significati che oggi si accreditano per la medicina (1).

In Smith, dice Andreozzi, “propriety” indica qualcosa di “appropriato alle circostanze”, qualcuno legato a qualcun altro da “simpatia”, è sostanzialmente una qualità morale, dalla quale si ricavano delle utilità a beneficio di qualcuno.

In questa accezione, propriety riguarda fundamentalmente i comportamenti, i sentimenti in rapporto a certe circostanze.

Le regole per la propriety, in medicina, dovrebbero essere quelle che definiscono il comportamento giusto tra medico e malato. Esse sono, in definitiva, regole cooperative che sovrintendono quella che Rawls chiamava “reciprocità”, cioè il comportarsi di un medico in modo congruo rispetto alle tante necessità di un malato.

Ben altra cosa è la nostra “appropriatezza”, quella che, come dice Federspil, è applicata ad un procedimento clinico e valutata in rapporto ai suoi costi e alla sua efficacia. In questa formulazione emerge un’evidente riduzione: il medico come soggetto appropriato è sostituito dal “procedimento”, e il malato, come l’altro soggetto appropriato, è sostituito dai “dati” sui benefici e sui costi.

In pratica i comportamenti dei soggetti di una relazione clinica sono ridotti e sostituiti dai loro effetti strumentali, per cui l’idea di giustizia che regola gli atti e le azioni è, di fatto, sostituita con quella di rispondenza economica (ciò che è economicamente giustificato è giusto) che lega il procedimento clinico alla valutazione dei benefici subordinandoli alla valutazione dei costi.

Venendo meno l’idea di giustizia, come ideale che regola il rapporto tra il medico e il malato (come era nell’idea di propriety), viene meno e inevitabilmente quella di cooperazione tra di loro, cioè la possibilità di concorrere entrambi alla sua costruzione.

“L’appropriatezza” quindi non è la propriety di Smith, ma come reificazione di qualità, di relazioni, di processi è, in ultima analisi, espropriazione di diritti, quello del medico di decidere ciò che è appropriato per il suo malato e quello del malato di partecipare come soggetto ad una relazione di “pro-

Propriety e appropriatezza

1 L. Andreozzi, *Abitudini, mode e costumi. Una prospettiva Smithiana su cosa consideriamo appropriato.*

2 G.Cersosimo e R.Rauty, *Riflessioni sul controllo sociale: dalla normalità della devianza alla normalità della malattia*



118

Kéiron

priety". Per il malato non si tratterà più di avere ciò che è giusto che lui abbia in rapporto alle sue necessità cliniche ma, rispetto alle stesse necessità, di avere solo ciò che è clinicamente ed economicamente giustificato.

L'analisi che fanno Cersosimo e Rauty sul processo di controllo, come forma di un nuovo dominio sulla reificazione dei malati e sulla loro oggettivazione in nome della "ragione tecnica", è davvero appropriata all'idea di appropriatezza di cui discutiamo **(2)**. Ma se ciò è vero, la loro analisi sulla medicalizzazione della società merita un approfondimento.

Dobbiamo convenire che l'idea di appropriatezza, almeno nel nostro paese, insieme a quella di evidenza, di efficienza, di obiettività, sono le nuove "ragioni tecniche" che contendono alla medicalizzazione (perfino quella giustificata da necessità cliniche) la libertà di esercitarsi, al punto che l'inserimento nei procedimenti clinici del limite economico come vincolo regolativo, di fatto, conduce a fenomeni inediti di demedicalizzazione.

La famosa lotta agli sprechi, alle inutilità, alle improprietà, ma anche i DRG, i criteri per l'appropriatezza, le note limitative, gli incentivi alle prescrizioni più economiche, le linee guida, i protocolli diagnostici, ecc., si possono considerare, sotto un certo aspetto, come atti di demedicalizzazione volti a tagliare quote di medicina considerate (a torto o a ragione) superflue o ingiuste.

Le politiche di razionamento, implicite ed esplicite, che si sono applicate sono sostanzialmente politiche di demedicalizzazione senza che tuttavia siano sostituite da altre politiche per la salute.

Sembra quindi che a fronte della sempre più crescente costosità della medicalizzazione, le "ragioni tecniche" operino per demedicalizzare a fini economici almeno parte delle determinazioni mediche. Il che, naturalmente, rispetto ai fenomeni di impropria medicalizzazione della società di cui parlano Cersosimo e Rauty, è del tutto condivisibile.

Il problema però, oggi, non è più questo. Il punto è che i costi di una reale demedicalizzazione (se la si intende come riconversione di politiche assistenziali in politiche preventive) sono decisamente molto più alti rispetto a quelli della cura. Oggi si demedicalizza la medicina per risparmiare ma non per reinvestire in prevenzione. Probabilmente la demedicalizzazione crea un vuoto di risposta. La prova è proprio il discorso sull'appropriatezza. Essa, sostituendo ciò che è giusto clinicamente con ciò che è rispondente economicamente demedicalizza, in qualche modo, tutti i valori in gioco (e sono tanti) di un setting clinico. E, per quanto possa sembrare paradossale, oggi, proprio il discorso sull'appropriatezza ci indica due strade possibili:

- a) rimedicalizzare l'atto medico rispetto ad una sua impropria riduzione economicistica;
- b) demedicalizzare le improprietà sostituendole con altre politiche per la salute fino a ricostruire quella che Cersosimo e

Rauty chiamano “la dimensione sociale della medicina” **(3)**.

Su questo terreno è possibile recuperare il fenomeno distortivo, di cui parlano questi autori, della “tecnica” che da “strumento” diventa “fine”. Ma anche su questo ragionamento è necessaria una risistemazione dei concetti.

Il potere della “ragione strumentale” che decide in medicina ciò che è adeguato per raggiungere un fine, lo ribadiamo, oggi è di fatto giustificato dalla ragione economica che condiziona l’autonomia di quella clinica.

Il punto è che se la ragione anche tecnica della medicina fosse realmente “propriety”, non ci sarebbe nulla di male. Preferire la “legge oggettiva” dell’efficacia diagnostico-terapeutica **(4)** vorrebbe dire agire, comunque, dentro una logica del giusto, e dentro una relazione medico/malato confacente.

Ma se essa fosse agita dentro un’idea di appropriatezza come rispondenza tra costi ed efficacia, anche la “legge oggettiva” dell’efficacia diagnostico-terapeutica sarebbe sostituita o condizionata da quella della giustificabilità economica.

In questo caso si avvierebbe un processo di sostituzione: a “tecniche” subentrerebbero altre “tecniche”, a “ragioni strumentali” subentrerebbero altre “ragioni strumentali”, alla “propriety” subentrerebbe “l’appropriatezza”.

Una sostituzione che è anche slittamento: la “ragione tecnica”, da dentro la medicina passerebbe al suo esterno, dando corpo ad un nuovo dominio, ad una nuova razionalità che controllerebbe e amministrerebbe quella clinica. Tale slittamento, fondamentalmente, riguarda il rapporto mezzi/fini.

La propriety in medicina vede nei mezzi strumentali (prestazioni, terapie, esami diagnostici, ecc.) degli strumenti per raggiungere degli scopi clinici. L’appropriatezza vede nelle tecniche di controllo della propriety il proprio fine. La propriety è un problema dei medici i quali scelgono ciò che è giusto dentro un’etica e una scienza che considera ciò che è giusto anche come economicamente giustificato. L’appropriatezza è un problema degli amministratori, cioè di tecnici specializzati nelle valutazioni economico-sanitarie, che amministrano le scelte dei medici dentro una razionalità che considera il giusto non come automaticamente giustificato sul piano economico. L’appropriatezza quindi tenta di amministrare il trade-off tra etica ed economia, tra necessità clinica e disponibilità delle risorse. L’interrogativo “qual è il costo (in termini di equità) che la società è disposta a pagare per ottenere un po’ più di efficienza?” **(5)** vale, in larga parte, per la problematica che riguarda l’appropriatezza. Qual è il costo etico per un po’ più di economia? Questo è il quesito di fondo che sta dentro l’idea di appropriatezza.

Se l’appropriatezza, l’evidenza, l’efficienza, l’obiettività, sono

3 Cersosimo e Rauty, *op. cit.*

4 Cersosimo e Rauty, *op. cit.*



5 N. Dirindin, P. Vineis, *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 1999.



120

Kéiron

6 S. Poggi, *Introduzione a il positivismo*, Laterza, Roma-Bari, 1999.

7 J.S.Mill, *Sistema di logica deduttiva e induttiva. Esposizione comprensiva dei principi dell'evidenza e dei metodi della ricerca scientifica*. A cura di G. Facchi, Astrolabio, Roma, 1968.

8 G. Federspil, *Le cinque dimensioni dell'appropriatezza*.

problemi degli “amministratori” e se questi sono essenzialmente esperti di “demedicalizzazione della medicina” nel senso che si diceva prima, nasce un fenomeno di espropriazione affermandosi un vero e proprio ceto di controllori, cioè una nuova categoria di “tecnici”.

L'espropriazione riguarda la medicina considerata, a torto o a ragione, inaffidabile a garantire un controllo economico, ma riguarda più intimamente il suo statuto fondativo cioè la sua “mission” principale. Non si tratta solo e tanto di togliere ai medici delle facoltà ma di scavalcarli, perché incondizionabili, sul piano etico e morale, in quanto il loro statuto è incondizionabile. Il loro statuto è, per definizione, costoso.

L'affermazione di un nuovo ceto di “tecnici”, amministratori, per certi aspetti, si spiega anche con strutturali squilibri del mercato del lavoro medico, a causa dei quali molti medici, non riuscendo ad entrare nei servizi o nelle istituzioni sanitarie pubbliche e private, sono, in qualche modo, indotti a riconvertirsi in altri ruoli, finendo in alcuni casi ad esercitare funzioni di controllo sui medici praticanti.

C'è, in questo caso, una sorta di vantaggio reciproco tra le politiche economicistiche e i medici esclusi dalla pratica medica. Del resto se non si è medici non è facile controllare il lavoro di altri medici e neanche è possibile scavalcarli rispetto al loro statuto così poco condizionabile.

Il fenomeno che vede in campo, oltre ai medici non praticanti, anche gli economisti sanitari, ed esperti di organizzazione, ricorda per certi versi le politiche napoleoniche che, per togliere influenza a certe istituzioni (ad esempio l'università), crearono una classe di “savants” direttamente legati al potere politico, e di “funzionari” di formazione spiccatamente tecnica **(6)**.

Fu John Stuart Mill a manifestare una certa preoccupazione circa il pericolo che il riconoscimento di un ruolo dei “savants” potesse portare ad una vera e propria “pedantocrazia” **(7)**.

Preoccupazione del tutto sovrapponibile alla nostra, rispetto agli effetti perversi di un eccesso di amministrativismo in medicina e che, o per un verso o per l'altro, conduce direttamente alla questione di fondo che sta dietro all'efficienza, all'evidenza, all'appropriatezza, all'economicità (sono le parole d'ordine dell'ultimo piano sanitario nazionale) e cioè: chi decide circa la necessità clinica del malato? Il “savant” o il “medico”?

Non può sfuggire che necessità clinica e appropriatezza clinica sono del tutto intercambiabili e che, come ha notato Federspil, esse non possono essere considerate in modo restrittivo solo in rapporto all'attività riduttivamente clinica **(8)**.

Decidere sull'appropriatezza vuol dire decidere sulle necessità e se queste, come è giusto che sia, sono inquadrabili nella logica a “molti mondi”, appropriatezza significa decidere soprattutto su molti mondi. Questo è il senso delle distinzioni che fa Federspil tra “appropriatezze” diverse (metodologi-

ca, scientifica, deontologica, etica ed economica) ma questo è anche il senso della complessità, della delicatezza, della strategicità, di concetti quali appropriatezza e il resto. Non a caso Voltaggio ripropone la grande questione “dell’atto medico come espressione di una scelta” interrogandosi su cosa voglia dire “scegliere” **(9)**.

Scegliere ciò che è propriety per un malato in certe circostanze significa parimenti decidere cosa è necessario per lui. Questa decisione rientra in un sapere, come ha sottolineato anche Pieretti, di tipo congetturale fatto di asserzioni certamente corroborate “ma non definitivamente fondate o ultimamente costituite” **(10)**.

Diversamente il sapere dei “savants” è di altro tipo, è un sapere logico razionale che funziona per astrazioni razionali, e si fonda quindi sull’analisi statistica, sulla decontestualizzazione del malato, sul calcolo delle probabilità, su dati prescelti “ai quali”, come ha scritto sempre Pieretti, “risponde adeguando la propria struttura decisionale” **(11)**. Ma la propriety se decisa dentro procedure standard, dentro percorsi pre-definiti, cioè se oggetto di un qualsiasi “protocollo”, non è più propriety, è qualcos’altro. L’esempio del “paradigma” del malato terminale, proposto da Pieretti è, a questo riguardo, istruttivo **(12)**.

Allora, cosa distingue la propriety di un “medico” dall’appropriatezza di un “savant”? Fondamentalmente ciò che cambia è il tipo di modus ponens, cioè i caratteri dell’inferenza rispetto agli elementi importanti per il giudizio in una situazione determinata e che riguardano un certo malato. Cioè cambiano gli enunciati significanti in rapporto ai significati complessivi del contesto a cui si ricorre.

Se il contesto è di tipo clinico, nel senso che ricordava Feder-spil, gli enunciati significanti della propriety saranno il risultato congetturale di inferenze cliniche ed etiche. Se invece il contesto è di tipo statistico-epidemiologico gli enunciati significativi dell’appropriatezza saranno il risultato logico di inferenze statistico-epidemiologiche.

Il problema nasce nel momento in cui le due inferenze divergono, non collimano, cioè non conducono alla stessa conclusione. Si può star certi, in questo caso, che il malato corre dei rischi. L’inferenza congetturale di tipo clinico e quella logica di tipo statistico ci mostrano tali differenze da farci comprendere, seguendo il ragionamento di Peruzzi, che il divario tra propriety e appropriatezza sta nelle diverse concezioni di ciò che è rilevante.

La rilevanza, per la prima, non è uguale a quella della seconda e questo non solo deriva dal fatto che il medico e il savant hanno “budget cognitivi” diversi, ma soprattutto perché è diversa la struttura sillogistica della loro inferenza sia per quanto riguarda le premesse che per quanto riguarda le conclusioni. “La finestra di ciò che è rilevante cambia forma e dimensione con le scelte teoriche e con la disponibilità di nuovi dati, spesso imprevisi” **(13)**.

9 F. Voltaggio, *L'atto medico tra crisi e scelta*.

10 A. Pieretti, *La medicina della dignità*.

11 A. Pieretti, *op.cit.*

12 A. Pieretti, *op.cit.*

13 A. Peruzzi, *Dove vai? vendo cipolle. Logica e pragmatica della rilevanza*.

Qualsiasi analisi sulla propriety in medicina risulterà inappropriata se trascurerà la relazione medico-paziente, cioè le intenzioni intersoggettive e le “prospettive cognitive dei soggetti”.

Nell’idea di appropriatezza è prevalente una logica dell’oggettività più consona alla statistica che non tiene conto della soggettività (Peruzzi dice che trattasi di “un’oggettività amputata”). In quella della propriety, del resto, la congettura non può appagarsi di una soggettività “self-contained” del medico, perché, anche così, si perderebbero i tanti fattori che “sono rilevanti alla comprensione della... rilevanza” **(14)**.

Ma forse il punto di divaricazione tra propriety e appropriatezza sta nel fatto che la prima, per essere confacente, è costretta a specificare anche la forma delle inferenze cliniche rilevanti dentro una precisa relazione e dentro una circostanza. La seconda è invece convinta che basti il solo contenuto logico-razionale dei dati clinici a definire ciò che è rilevante.

L’idea di Peruzzi è che la forma logica sia invece importante a decidere della validità delle rilevanze. Il ragionamento, al di là della logica, è quanto mai pertinente all’ambito della medicina. Si tratta di definire una propriety senza per questo assumere “il punto di vista di Dio” (per il quale “tutto è rilevante a tutto”) ma senza per questo rassegnarci a vivere nell’angustia dell’appropriatezza per la quale è rilevante solo quello che è giustificabile. Un fatto A si dice (statisticamente) rilevante rispetto all’evidenza E se la probabilità di E, dato A, è diversa dalla probabilità di E. Tra rilevanza statistica e spiegazione c’è una lacuna difficile da colmare, ma se i fenomeni di rilevanza logica e pragmatica possono essere inquadrati in una teoria che pretende di avere valore esplicativo, i resoconti che ne vengono offerti devono, a loro volta, essere più che statisticamente rilevanti **(15)**.

Oggi, tra rilevanza statistica e spiegazione si trova la necessità clinica e la propriety. Una posizione scomoda nella quale le scelte mediche devono riferirsi a conoscenze davvero “più che statisticamente rilevanti”.

L’appropriatezza è una parola curiosa nel senso che chi tenta di esaminarla, come concetto al di fuori dell’interpretazione economicistica che se ne dà oggi in medicina, è come costretto a lavorare per approssimazione. Serve ricordare che l’approssimazione vale come qualcosa che si avvicina al vero.

Così si avvicinano all’idea “vera” di appropriatezza quella di adeguatezza, proposta da Sacco, quella di pertinenza di cui parla Casati, quella confutata da Corbellini di equivalenza sostanziale a proposito di biotecnologie, e quella di rilevanza di Peruzzi. Sono una costellazione di idee che, in un modo o nell’altro, criticano il perno intorno al quale tutte ruotano, che è quello della corrispondenza (è appropriato

14 A. Peruzzi, op.cit.



15 A. Peruzzi, op.cit.

Critica alla logica della corrispondenza

ciò che corrisponde a qualcosa. Una sorta di rispecchiamento). “Appropriato alle circostanze” per Smith, come ricorda Andreozzi, vale come “essere adeguato alle circostanze”. In realtà l’appropriatezza come corrispondenza è molto più problematica di quello che si crede ed anch’essa è ridiscussa dalla forme più avanzate dell’epistemologia contemporanea. Nella logica della corrispondenza l’appropriatezza è quella statistica sull’efficacia.

Come abbiamo discusso altrove (16), il principio di corrispondenza oggi è radicalmente confutato da quello della “coerenza”, “dell’ottimalità epistemica” di un sistema di credenze e da quello “dell’accettabilità razionale”. Sono approcci epistemologici che consentono di integrare almeno la pretesa di rappresentare le necessità di un malato solo attraverso un “rispecchiamento” statistico. Va detto però che con tali approcci cade l’idea di attribuire all’appropriatezza il significato di una unità di misura di efficacia e di costo rendendo inevitabile il ricorso ad una “scelta”, vale a dire ad un criterio comunque soggettivo del medico.

Sacco chiarisce bene che l’adeguatezza, nella teoria economica mainstream, dipende dalle risorse informative e/o cognitive disponibili, o dalle capacità di calcolo individuali che impediscono di valutare le implicazioni ai fini della scelta. Per non parlare del problema delle preferenze (17). Ma la stessa cosa vale in medicina, per la quale, esattamente come per l’economia, non bastano i principi della razionalità procedurale e tanto meno quelli che Sacco chiama i “surrogati dell’adeguatezza”, cioè gli autoinganni della semplificazione.

La propriety, in medicina, in poche parole, è qualcosa che ridiscute anche la sua accezione di adeguatezza, intesa come corrispondenza tra “verità” e “realtà”, andando oltre “l’adaequatio rei et intellectus” di Isacco Ben Salomon Israeli, cioè la “corrispondenza” tra la realtà e la sua immagine concettuale.

Va riconosciuto che “l’adeguazione dell’intelletto e della cosa”, rispetto ad un malato terminale, ma anche a tanti altri malati, è davvero inadeguata a fornire una soddisfacente definizione di propriety. In medicina, come altrove, vale che tutti gli enunciati appartenenti ad una valutazione sulla propriety possono, in linea di principio, venire modificati a seguito di un qualsiasi controfattuale o di una diversa circostanza.

La medicina potrebbe valutare la propriety sulla base del suo orizzonte teorico, coerente con le proposizioni cliniche che costruisce, poggiandosi sui vari tipi di dati in suo possesso, empirici, sperimentali, diagnostici, razionali, statistici, contestuali. Ma in nessun caso la propriety è banale rispecchiamento di una situazione clinica. Per rendersi conto di

16 I. Cavicchi, *La medicina della scelta*, Bollati Boringhieri, Roma, 2000.

17 P.L. Sacco, *L’adeguatezza: un falso problema?*



18 N. Dirindin, P. Vineis, *op. cit.*

ciò, è sufficiente porre mente al concetto di efficacia, quale “capacità di qualunque strumento o attività medica di rispondere agli obiettivi prefissati”. E abbinarlo a quello di efficienza: essa “ci consente di escludere impieghi improduttivi di risorse” (in fin dei conti l’appropriatezza è una sorta di ircocervo) **(18)**.

Come si fa a definire una propriety quale rispecchiamento tra obiettivi e impieghi improduttivi, senza che si definiscano gli obiettivi quali coerenze interne di una attualità epistemica delle credenze sia del medico che del malato e senza che si rinunci in qualche modo a definire i criteri dell’accettabilità razionale?

19 A. Pieretti, *op.cit.*

Se consideriamo il paradigma del malato terminale non solo è difficile, come dice Pieretti, ridurlo ad un procedimento, cioè metterlo dentro modelli precostituiti **(19)**, ma a partire dalle sue “reali esigenze”, dalle sue multiformi necessità, come è possibile rispecchiare il suo sistema di credenze, i suoi criteri di coerenza interna e di accettabilità razionale con quello analogo del medico?

Sono queste difficoltà che per quanto riguarda l’appropriatezza suggeriscono di cambiare logica per cambiare congettura. Ciò obbliga ad accettare quella che Peruzzi ha proposto come la “relatività delle forme dell’inferenza”. Adattando il suo ragionamento ad un malato terminale si può dire che sulla base di una valutazione di propriety, una certa efficacia (E) implica certi costi (C) in ogni circostanza in cui tale valutazione risulti vera e sia vera E. In questo caso sono veri anche C. Il problema è che, non potendo “rispecchiare” statisticamente i dati propri alle circostanze e non solo, è difficile congetturare una propriety davvero confacente per un certo malato in una certa situazione. Per cui è inevitabile che la valutazione di propriety rinunci, diventando appropriatezza, a conoscere molti dati che appartengono alle circostanze, al malato, al medico. Cioè è inevitabile che si rinunci ad una soddisfacente teoria di propriety. Se ciò è vero si deve prescindere dal contenuto di E e di C al punto che l’inferenza di propriety può essere asserita soltanto in base alla “forma logica”, dice Peruzzi, oppure in base ad altri criteri (coerenza interna, attualità epistemica, accettabilità razionale) al punto che l’inferenza di propriety sarà confacente per quel malato e per altri ogni qualvolta sia vera una situazione clinica che ha la forma di E. In questo caso sarà vera una valutazione che ha la forma di C.

Passando dalla “forma logica” (che abbiamo usato evidentemente come metafora) alla Gestalt (la psicologia della forma) riferendola ad un malato terminale o a qualsiasi altro, si comprende quanto complessa sia la valutazione di propriety, a meno di non ricorrere a dei surrogati.

La tesi principale del gestaltismo è che le “forme” non sono riducibili ai loro elementi costituenti o alla somma degli elementi. Il malato non è “un tipo di oggetto complesso”



ma è un tipo di soggetto con “qualità gestaltiche”, è una persona per dirla con Husserl, dentro “momenti figurali”. Egli è configurato da un medico secondo principi di “buona forma” o di “pregnanza” o di “pertinenza” o di “rilevanza” ma non secondo criteri di corrispondenza o più banalmente di appropriatezza.

Corbellini ha ricordato, citando il *British Medical Journal*, che per “appropriateness” si intende, in genere, il calcolo benefici/rischi, calcolo finalizzato a “incrementare la salute e il benessere delle persone” (20). Si ha così un’altra accezione di appropriatezza che meglio sarebbe intendere come rapporto “adeguato” tra benefici/rischi e che sposta il tiro dai costi dei trattamenti valutati in rapporto ai risultati di efficacia, a quello di un beneficio ragionevole giustificato da rischi ragionevoli.

Sotto questa angolatura, l’adeguatezza questa volta diventa una valutazione di tipo sostanzialmente previsionale. Altrove ci siamo occupati approfonditamente di questo problema, ma anche in quell’occasione non abbiamo taciuto le critiche alla logica della corrispondenza e agli approcci eccessivamente lineari (21). Valutare l’adeguatezza tra benefici/rischi in medicina pone un problema simile alla “relatività delle forme di inferenza” di cui parla Peruzzi. Il problema chiama in causa l’idea di un vero e proprio governo della complessità che rinuncia ad inferire un metodo a favore di uno “schema polischematico” in cui collocare i vari approcci utili (22). Bocchi e Ceruti non a caso parlano della necessità, rispetto al governo, di contesti complessi, di “identificare le forme plurali che la razionalità assume al giorno d’oggi in dipendenza della diversità dei metodi di indagine e dei campi indagati al fine di risultare sempre più aderente ad una natura della conoscenza e ad una struttura della realtà che si rivelano irriducibilmente complesse (23). Ne esce un’altra accezione di appropriatezza e/o adeguatezza di tipo sostanzialmente epistemologico e che si può definire l’aderenza della conoscenza alla realtà complessa. Un concetto che in ogni caso conduce all’affermazione di una non semplice pluralità epistemologica di tipo non corrispondentista. L’adeguatezza come valutazione del rapporto benefici/rischi in ambito previsionale impone quello che Corbellini critica come abuso nel campo biotecnologico e che è il principio di precauzione, cioè un approccio precauzionale. E’ un approccio che, a ben vedere, a parte la proprietà a cui si riferisce Smith, sia per l’appropriatezza (benefici/costi) che per l’appropriateness (benefici/rischi), punta ad avere un certo livello di conoscenze per decidere delle scelte (fare non fare, operare non operare, curare non curare, ecc.). La conoscenza previsionale altro non è che l’uso di quello che si sa per decidere al meglio circa quello che ancora non si sa.

La logica di fondo è antica. In Mesopotamia il principio di

Appropriateness

20 G. Corbellini, *Bioteologie, incompetenze istituzionali e abuso politico della precauzione: nuove dimensioni dell’appropriatezza*.

21 I. Cavicchi, *La nuova previsione, tecnologia, ambiente, salute*, Editori Riuniti, Roma, 1990.

22 I. Cavicchi, *La nuova previsione, tecnologia, ambiente, salute*. op. cit.

23 G. Bocchi e M. Ceruti, *Disordine e costruzione*, Feltrinelli, 1981.

24 I. Cavicchi, *La nuova previsione, tecnologia, ambiente, salute*, op.cit.



126

Kéiron

25 G. Corbellini, *op.cit.*

precauzione era organizzato dalla mantica in due parti:

1. la protasi “se accade che”, “posto che”, o “supposto che”.
2. l’apodosi quale conseguenza indovinabile.

La protasi esprime al presente o al passato uno stato di fatto osservato, quindi è annunciativa, di presagio, e lascia intravedere il futuro.

L’apodosi invece al “futuro” esprime il pronostico stesso cioè la porzione di avvenire che il presagio lascia indovinare **(24)**.

E’ lo stesso schema di ragionamento che i verdi usano ricorrendo al principio precauzionale per combattere ideologicamente le biotecnologie. In questo specifico caso il principio di precauzione come strumento politico contro le biotecnologie non ha nulla di scientifico ma ha molto di oracolare.

Ma a parte le biotecnologie, Corbellini non ha torto quando dice che il principio precauzionale è destinato ad influenzare il ragionamento medico. Del resto, cambia poco se consideriamo da una parte i benefici, come un denominatore comune, e, dall’altra, i rischi, i costi, i trattamenti intensivi, l’accanimento terapeutico, come tante variabili della non-rilevanza, non-pertinenza, non-adequatezza, non-pregnanza, ecc.

In sostanza, a noi pare che, al di sotto della logica dell’appropriatezza, sussista comunque un principio precauzionale. Poco importa se esso è di tipo previsionale, di tipo economicistico o con finalità di razionamento o di razionalizzazione o di semplice qualificazione. La precauzione altro non è che previdenza, cautela. E in medicina la cautela non è mai troppa.

Il punto però non è l’ovvia positività della cautela, anche quella di tipo economico (perché sprecare denaro?), ma è quando essa diventa “strumentalizzazione ideologica”, come nel caso delle biotecnologie, o “economicistica”, come in certe valutazioni efficacia/costi.

Il rischio di certa appropriatezza, in medicina, è l’uso economicistico del dubbio per disporre ed imporre certezze arbitrarie, verità improbabili, giustificazioni e scelte comode alle politiche ma non ai malati. La “strumentalizzazione dell’incertezza”, come la chiama Corbellini, non è solo quando si ostacolano le possibilità delle biotecnologie attraverso l’evocazione di scenari terroristici **(25)**, ma è anche quando si sceglie di razionare le possibilità di cura per ragioni di contenimento della spesa. In medicina, gestire il dubbio dovrebbe essere la regola aurea ma al fine di inferire la scelta migliore per il malato e rifuggire dalle fallacie delle certezze assolute. Quindi, non si equivochi sul fatto che, da parte nostra, criticare l’economicismo voglia dire apologia degli sprechi, dell’inutilità, dell’inefficace o, peggio, laissez-faire. Sarebbe un’obiezione ridicola.

Criticare l’economicismo per noi vuol dire mostrare le angustie di certi ragionamenti, i pericoli ai quali si espon-

gono gli ammalati, i limiti ai quali si assoggetta la medicina, ma soprattutto ricordare che le questioni, in medicina, sono complesse, delicate, e rifiutarsi alla semplificazione, alla superficialità e alle scorciatoie.

L'uso epistemologico dell'incertezza, del dubbio, vuol dire ripensare le nozioni comuni di "appropriatezza" in tutte le varie accezioni che abbiamo ricordato. Vuol dire usare l'epistemologia come precauzione e come cautela per uno sviluppo sempre più ricco dell'intelligenza e dell'abilità razionale della medicina. Vuol dire flessibilità e apertura intellettuale.

L'"appropriatezza", come principio di precauzione, va bene se assicura criteri per la scelta dentro una contingenza (la malattia è per definizione un evento contingente). L'appropriatezza è la forma di una conoscenza contingente. Per cui essa è, fondamentale, una questione epistemica che non si può supporre come indipendente dal reale e dell'effettuale.

Essa, per quel che ci riguarda, non dovrebbe tanto puntare a rappresentare la realtà di un malato per rispecchiare quella che in genere si assume già come organizzata in dati statistici, in modelli e in procedimenti o in evidenze, ma dovrebbe operare su tale realtà, che, grazie alla contingenza, al dubbio e all'incertezza, è interpretabile e organizzabile in scelte.

L'appropriatezza, come scelta di un principio precauzionale, può produrre effetti e possibilità emergenti a condizione di aprirsi a nuovi quadri di significati.

Il problema davvero concreto per un ammalato non è discutere di appropriatezza ma comprendere il senso della prossima inferenza. È la prossima inferenza che gli serve. Per questo essa deve essere più che appropriata.

