

### Complessità e compossibilità

Non so se sia conveniente parlare, come fa Kauffman e come già accadeva negli anni Ottanta, di “scienza della complessità”. Tutto ha a che fare con la complessità, anche ciò che non è scientifico: la politica, la morale, la cultura, la socialità, ecc..

Oppure si pensa che la conoscenza della complessità, qualunque essa sia, per avere validità debba avere una forma comunque scientifica? E quale sarebbe eventualmente questa forma? Quella che in modo un po' superficiale viene indicata come “metodo della complessità”? Ammesso e non concesso di dover parlare di “metodo” e di “scienza” della complessità, rispetto alla prevalente classificazione delle scienze (nomotetiche, idiografiche, ecc.), in quale categoria si dovrebbe ricomprendere detta scienza? Come si vede è difficile rispondere. Forse è meglio assumere un altro punto di vista.

Complessità, in fondo in fondo, implica che si governi gnoseologicamente la realtà, di qualsiasi tipo essa sia.

La “scoperta” (si fa per dire) della complessità, per noi rappresenta un motivo di rinnovamento in tutte le scienze e nella cultura più in generale. Convinti di ciò, proponiamo subito di ridiscutere quello che a noi pare un vero e proprio scientismo della complessità. Cioè di ridiscutere l'atteggiamento di chi ritiene di confrontarsi con questo tema solo con i metodi e i procedimenti della scienza. O di pensare alla complessità come a una strada per pervenire a una scienza più aperta, più esatta, più corrispondente con la realtà dei suoi oggetti di studio.

Il senso comune sulla complessità di cui parla Sandri, o la “complessologia” a cui allude Corbellini, sembrano proprio forme di scientismo della complessità. Da qui gli abusi e i trasferimenti semantici sul significato di base di questa parola. Gli abusi metaforici di “sistema”, di “casi”, di “ordine” e di “disordine”, di “programma”, di “organizzazione”, ecc.. Qui ci asterremo dall'abusarne a nostra volta.

La lezione della complessità a noi pare un'altra. E non è quella della finta trans-disciplinarietà della quale anche il mondo della salute ha subito infinite contaminazioni.

Ma prima di definire la complessità, non è meglio metterci d'accordo su cosa sia “complesso” dal momento che la complessità non è altro che la de-aggettivazione di complesso?

Gli stoici per “complesso” intendevano, molto prima di Morin, delle proposizioni composte o delle proposizioni diverse legate tra loro con dei connettivi. “Complesso” è un insieme di diversità. È quello che Kauffman chiama a vario titolo *fitness landscapes* (panorami di idoneità), *clads* (nuove ramificazioni), epistasi (il modello di accoppiamento tra le parti, in biologia), coevoluzione, ecc.. Tant'è che più tardi, nel medioevo, per opposizione si usava il termine “incomplexum” per indicare qualsiasi termine preso isolatamente, considerato cioè “semplice”. Anzi-

ché parlare di scienza della complessità, sarebbe molto meglio parlare di scienza dell'incomplessità per indicare quell'atteggiamento riduzionistico di cui si parla criticamente in tutti i saggi di questo numero, così caratteristico delle varie scienze.

Se ciò ha un senso, allora per complessità, sostanzialmente, si può intendere un modo di vedere la realtà prevalentemente anti-riduzionistico che sottintende un ripensamento epistemologico della conoscenza nel tentativo di connettere (proprio come facevano gli stoici) i diversi aspetti della realtà. Quegli aspetti che, schematicamente, potrebbero essere compresi tra l'aleatorio e il molteplice, a tutti i livelli della vita umana.

Una cultura anti-riduzionistica, con riferimento ai vari settori della ricerca scientifica, si ha già a partire dall'inizio del Novecento fino a culminare negli anni Ottanta in un vero e proprio movimento epistemologico, come riassunto efficacemente da Sandri. Cioè dietro a un'idea di epistemologia complessa vi è quasi un secolo di filosofia della scienza e, prima ancora, un pensiero filosofico che ha vissuto separatamente dalla scienza anche se avrebbe potuto, come è avvenuto, legittimamente influenzarla.

Un esempio interessante di ciò è un'idea assolutamente attuale e ben descritta in quella che nel suo saggio Corbellini chiama la rivoluzione "omica" della scienza medica. È quella che già Tommaso e Duns Scoto avevano indicato con il termine "compossibilità", vale a dire un qualcosa che risulta possibile in mezzo ad altre cose in quanto non contraddittoria rispetto al sistema costituito come insieme.

In fin dei conti, i saggi di Alberghina e di Corbellini ci dicono che la lettura del genoma ha aperto la strada per comprendere, non solo in termini di complessità ma anche in termini di compossibilità, le diverse condizioni della vita e il fatto che è la comprensione di ciò a costituire la vera rivoluzione o addirittura il nuovo paradigma.

Quando Corbellini pone il problema di comprendere le varianti ambientali, gli ambienti intracellulari, le reti biochimiche, i principi organizzativi, ecc., non fa altro che riprendere inconsapevolmente un'idea di cui Leibniz fa un uso davvero sistematico: assumendo  $x$ ,  $y$ ,  $z$  come "principi biologici" ciascuno dei quali non implica contraddizione, essi sono compossibili se la loro appartenenza a uno stesso mondo è a sua volta possibile, e cioè non dà luogo a contraddizione.

In questo ambito di ragionamento non è così fantasioso considerare le malattie come delle contraddizioni alla compossibilità biologica di un individuo e non semplicemente come delle "alterazioni".

Tutto ciò mette in risalto quelli che in Corbellini sono espressi come i diversi approcci della banalizzazione della complessità (la complessologia).

La diversità di cui si parla, per rifarci di nuovo a Leibniz, è quella tra un'epistemologia del "possibile" (riduzionista e determinista) e un'epistemologia del "compossibile" la quale, per l'appunto, si rifà alla complessità.



Da questa differenza nasce la falsità dell'approccio che spiega gli eventi biologici come un possibile che prima o poi si realizzerà, rispetto a quello suggerito dalla complessità per il quale essi potranno realizzarsi soltanto come eventi compostibili col mondo chiamato vita.

Esemplare, a questo proposito, è il saggio di Tononi: nel cervello, complessità e compostibilità si fondono fino a produrre tali valori di complessità, per l'appunto, da spiegare la stessa "coscienza" in termini di "integrazione di informazione".

### **"Realtà-complex"**

La complessità, quindi, quale *status* della realtà, è da una parte una teoria della conoscenza e dall'altra una realtà da conoscere. Essa accerta tale *status* con descrizioni a essa coerenti.

Leggendo il saggio di Alberghina è come se la complessità fosse la spiegazione di se stessa. Si comprende così che il primo problema che pone la complessità come spiegazione della realtà sia essa scientifica che non, è quello dell'aggiornamento dei vari apparati concettuali che riguardano le teorie della conoscenza e l'epistemologia.

Questo aggiornamento, quindi, non riguarda tanto le discipline intese verticalmente (la medicina, la biologia, la chimica, ecc.), quanto prima di tutto colui che conosce come parte integrante di ciò che conosce, e poi l'organizzazione del sapere come esito. "Realtà-complex" vuol dire che non ha alcun senso parlare di comunità, di federalismo, di salute, di medicina, di sanità, di malattia, ecc., a prescindere dal mondo del parlante, sapendo che questo mondo è il campo delle variabili predicative degli uomini, delle loro teorie di riferimento, dei loro ambienti di vita. "Realtà-complex" vuol dire che la convenienza delle scelte di politica sanitaria, o terapeutiche, o sperimentali, o cliniche, dipendono, come scrive bene Massarenti, dalle teorie di riferimento sapendo che queste definiscono tale convenienza attraverso "relazioni ad hoc" di corrispondenza.

Le scelte che in una comunità fanno salute riguardano, non c'è dubbio, la logica del mondo empiricamente verificabile fin nella più piccola cellula del nostro organismo, ma anche quella dei mondi propri alla comunità intesi come asseribili e che, in quanto tali, dipendono dagli apparati politici e culturali della comunità.

Tali apparati dovranno fare i conti con le variabili della complessità, vale a dire con l'indeterminato, il singolare, l'unicità, la soggettività, l'ambiguità, ecc.. È la ragione principale per cui il quadro concettuale del federalismo, ad esempio, non può pensare di dimostrare ciò che è conveniente a una comunità per verdetti, come il nazionalismo sanitario, ma deve viceversa argomentare soprattutto per accordi con la comunità stessa.

Ne consegue che in una logica della complessità, persino il quadro concettuale del federalismo non può avere se non un carattere inevitabilmente autocorrettivo e pluralistico. Solo questa è la condizione per fare della "complessità" la base di un nuovo universalismo. Oppure, come dice Putnam, di un pluralismo inteso

come “fatto” emergente dalla peculiare visione del mondo del federalismo stesso.

L'autocorrezione delle politiche ridiscute il famoso principio di verifica così caro alle politiche sanitarie nazionali e le sue classiche condizioni di verità (utile/non utile; necessario/non necessario; buono/cattivo; evidente, appropriato, economico, efficace, ecc.). Quindi, in termini federalistici, l'autocorrezione riguarda gli enunciati procedurali della politica sanitaria e della medicina. È qui il nodo del cambiamento rispetto alla lettura semplificata del nazionalismo sanitario.

Ciò che cambia in una visione comunitaria, è ciò che dà valore di verità a delle realtà ipotetiche come “i malati”, “i bisogni”, “i servizi”, considerate arbitrariamente come standard, quindi certezze, e in quanto tali universalizzabili.

Intendiamoci, il problema non è di confutare gli standard o i livelli di assistenza, i servizi, le aziende, come concetti incompleti, ma di comprendere in che modo essi mutino rispetto alla ridiscussione di un intero apparato concettuale, al fine di accrescerne la loro convenienza.

Tale convenienza dipende dalla possibilità di esprimere un servizio, una prestazione, in termini di compostibilità, vale a dire in termini di organizzazione di situazioni multivalenti e compatibili.

È inutile definire dei DRG a basso grado di compostibilità con le esigenze di un malato. Quindi, quello del federalismo dovrebbe essere un apparato concettuale ad hoc che pensa a una medicina e a una sanità *adeguata* in quanto adeguata a persone dentro a situazioni ordinarie e, per questo, non convenzionali.

Un apparato concettuale di questo tipo fa propria la multivalenza dei fatti, della realtà, attraverso più ipotesi, più teorie, più metodi, più procedure.

L'idea di “*più qualcosa*” significa accettare una realtà con diversi gradi di adeguatezza, di significatività, di rispondenza. Cioè accettare un'idea di federalismo come il quadro concettuale più adeguato e coordinare più metodi, ma anche (riprendendo Putnam) un “universo di valori”.

Alla domanda: qual è il quadro concettuale più conveniente per una comunità di salute? La risposta è: quello che permetterà di asserire politicamente più compostibilità. In questo si comprende il concetto di *governance* di cui parlano Buscema e Sacco, cioè di politiche definite con nuovi strumenti concettuali. Se questa è la base teorica di un possibile federalismo della salute, è importante capire cosa cambia rispetto a quella del nazionalismo sanitario. La prima cosa che cambia è la pretesa di un “centro”, quindi dello stato centrale, di porsi come un luogo fondamentale e per questo come un soggetto istituzionale onnisciente dal quale provvedere ai bisogni di un'intera popolazione, considerata come una domanda-massa.

Con il federalismo in pratica viene meno la plausibilità di un ideale di welfare di tipo paternalistico che ha guidato le definizioni di malato, di malattia, di salute, di organizzazione dei servizi, di funzioni e compiti degli operatori, di metodi dell'impre-



sa medico-sanitaria. La seconda cosa che cambia, quindi, sono i criteri di riferimento sulla cui base sono stati decisi “i limiti e le possibilità” del sistema sanitario.

La riformulazione federalistica “del punto di vista” da cui deriva l’assistenza sanitaria, trasferendo a livello locale e aprendo alla partecipazione e al controllo sociale innova profondamente quel rapporto tra limiti e possibilità che è così fondamentale per la sanità pubblica.

In pratica i limiti, da vincoli contingenti delle possibilità, cioè da una cultura degli standard predeterminati centralmente e per tutti, passano a una nuova idea di “condizioni per...”, cioè di opportunità per nuovi possibili locali.

Il passaggio di fondo è da una politica sanitaria nazionale di *rap-presentazione* della salute, a una politica sanitaria comunitaria di *costruzione* della salute.

Questa transizione implica una reimpostazione radicale dell’idea di diritto alla salute: nel SSN (servizio sanitario nazionale) il diritto è difeso, cioè tutelato; nel SSF (servizio sanitario federale) esso è costruito e quindi inventato. Cioè da un diritto rappresentato si passa a un diritto costruito **(1)**.

Non è una cosa da poco. La salute come costruzione del diritto implica, come ha fatto notare Ernst Von Glasersfeld a proposito di costruttivismo, che si abbandoni l’idea di una sanità contrastante a una comunità intesa come “presidium” obiettivo.

Una volta accertata l’ottica per la quale la sanità e la medicina è una costruzione propria a più soggetti conoscenti (la comunità dei cittadini e degli operatori) questi riacquistano tanta autonomia quanta ne possono trovare entro i limiti della loro comunità. Con l’autonomia giunge la responsabilità.

È questo il senso profondo del federalismo visto con l’ottica della complessità: “Ciò che conosciamo” scrive Von Glasersfeld “determina largamente il nostro comportamento, quindi, se vogliamo agire in modo responsabile, dovremmo assumerci la responsabilità anche di come vediamo il mondo” **(2)**. Un approccio del genere propone una ragionevole mediazione tra chi pretende dal “centro” di amministrare verità oggettive standardizzabili e chi, al contrario, propone una privatizzazione strutturale del sistema screditando la “ragion di stato” come ragione incapace di dare davvero certezza nel campo della salute.

La mediazione in termini epistemologici è tra il presunto sapere oggettivo di una tecnocrazia sanitaria che spesso è “altro” dai bisogni effettivi della gente e lo scetticismo sociale e politico che apre la strada a un’irrazionale ridiscussione dell’universalismo e della solidarietà. Quindi, un approccio al federalismo che tenga conto della complessità del discorso sulla salute ci porta diritti diritti a un tentativo nuovo e moderno di salvaguardare comunque la ragione welfaristica dagli errori di una presunta obiettività delle politiche centrali e di una presunta incapacità di concepire politiche ragionevolmente obiettive.

Dal punto di vista strettamente politico ci si deve rendere conto che il federalismo sanitario potrebbe rappresentare una mediazione alta tra due ideologie, entrambe estremistiche, quella stalinistica e quella liberista.

**1** I. Cavicchi, *Salute Nova: per una nuova teoria della salute oltre il paradigma della tutela*, Roma, Cooperativa editrice: il manifesto anni ‘80, 1986.

**2** E. Von Glasersfeld, *Aspetti del costruttivismo*, in *Evoluzione e conoscenza*, a cura di M. Cerutti, Bergamo, Lubrina Editore, 1992.

I fautori del SSN, quelli che si dichiarano d'accordo con il federalismo a condizione che sia solidale, debbono rendersi conto che oggi, per essere giustamente rinnovate, l'universalità del sistema e quindi la solidarietà necessitano di una nuova mediazione sociale che superi in sostanza la storica contrapposizione pubblico/privato. Senza questa mediazione il rischio è la divaricazione sociale e la perdita di un inestimabile patrimonio di valori, quelli sino a ora rappresentati proprio dal SSN. A questa mediazione allude Avrum Stroll quando parla di universalità e di casi individuali, e quando rileva i limiti di quello che lui definisce la "portata generale".

### Dall'evidenza alla pertinenza

Se il federalismo in ragione della complessità del discorso sulla salute media le pretese oggettive delle politiche sanitarie con quelle soggettive dei malati - così come sono, in carne e ossa, ma non solo -, è perché la complessità impone che si ripensino i rapporti tra semplice/complicato; complicato/complesso; tra limiti/possibilità; tra opportunità/possibilità e via di seguito. È in questo quadro di riflessione concettuale che proprio in medicina e in sanità assume importanza la questione del rapporto tra *evidenza e pertinenza*.

Isabelle Stengers aveva già posto il problema ne *La sfida della complessità* (3), poi ripreso e sviluppato in altri lavori (4).

Ma procediamo con ordine, cercando di comprendere le differenze fondamentali tra complicato e complesso. Un malato rappresenterebbe qualcosa di "complicato" rispetto a ciò che conosciamo della sua struttura anatomica, della sua fisiologia e della sua patologia, ecc.. La post genomica sarebbe, da questo punto di vista, qualcosa di altamente complicato che, con il tempo e gli investimenti in ricerca, potrebbe raggiungere una conoscenza integrale dell'uomo.

Diversamente, lo stesso malato sarebbe un "sistema complesso" nel senso della percezione globale che abbiamo di lui pur sapendo di non comprenderlo in tutti i suoi "mondi a molti mondi". Le differenze tra i due malati è che il primo, tutto sommato, altro non è che un "cumulo di molecole" (l'espressione è di Stengers), il secondo, è un'organizzazione bio-sociale di cui sappiamo poco, sia da un punto di vista biologico che sovra-biologico.

In pratica la complessità si pone quasi come una conoscenza in negativo che porta a ridiscutere tutte le certezze in positivo di cui disponiamo, vale a dire le "evidenze". A ridiscuterle, e non già a negarle!

Un medico, o un assessore alla sanità, o un direttore generale di un'azienda sanitaria, fanno continuamente "scelte" di vario tipo, ma loro malgrado dentro una logica di ciò che è complicato e non complesso, convinti di disporre di "categorie onnipotenti", vale a dire di evidenze che spiegano la realtà. Ribadiamo che naturalmente non si tratta di negare le evidenze ma di rendersi conto che esse sono comunque una riduzione della complessità. Un modo per fare questo è ammettere il punto di vista della pertinenza. Per colui che sceglie, il problema è che mentre la realtà



3 I. Stengers, *Perché non può esserci un paradigma della complessità*, in *La sfida della complessità*, a cura di G. L. Bocchi e M. Cerutti, Milano, Feltrinelli, 1985.

4 I. Stengers, *D'une science a l'autre des concepts nomades*, Paris, Edition du Seuil, 1987.

è comunque complessa, le sue categorie conoscitive sono valide per ciò che è complicato. Pertinenza vuol dire che il confronto, ad esempio tra un medico e un malato, o tra un assessore e una comunità, non è mai un confronto schematico, tra un soggetto e un oggetto, ma un rapporto, per ricordare Morin, di tipo *dialogico*.

In questo contesto il recupero di un'idea di complessità avrebbe un primo vantaggio: non si tratta tanto di sostituire evidenze con altre evidenze ma di assumere, attraverso la pertinenza, nuovi modi e nuovi mezzi per conoscere ciò con cui, a vario titolo, abbiamo a che fare.

Diventa quindi secondaria la distinzione tra "scelta" di salute quale conseguenza di un giudizio teorico con conseguenze pratiche, e "scelte" di salute quali rinvii a degli osservabili o a dei calcoli, a degli indici, che si rivelano come inevitabili approssimazioni della realtà reale.

La pertinenza così non si riferisce a un'ideale di onniscienza, così forte nella medicina con l'ansia della scientificità e della certezza, ma a un ideale dell'apprendimento.

A livello di comunità si tratta di apprendere come *costruire* politiche capaci di *interrogare* effettivamente *quelle* realtà accettando la sfida di più descrizioni e di più interrogazioni. A livello di singolo malato si tratta di apprendere come costruire una diagnosi capace effettivamente di rendere conto di quel malato.

In entrambe le situazioni la pertinenza indica niente altro che problemi relazionali (dialogici).

In medicina, considerata a partire da Bernard come una scienza sperimentale, la pertinenza tende a essere marginale a vantaggio dell'evidenza, e la stessa cosa in sanità.

L'evidenza assume la forma di una verità oggettiva cioè giustificata dall'oggetto da indagare, e di una serie di decisioni sui mezzi e gli strumenti da usare (farmaci, interventi, diagnosi, ecc.) considerati come imprescindibili.

Nel primo caso le risposte medico-sanitarie appaiono come *dettate* dalla realtà, nel secondo gli strumenti sembrano come imposti dalle certezze "scientifiche" delle quali gli strumenti stessi sono portatori.

La pertinenza dice, al contrario, che un medico o un assessore sono tutt'altro che onnipotenti e tutt'altro che certi di quel che fanno.

La domanda alla quale essi si predispongono è: qual è il punto di vista pertinente? Essi in genere detengono delle evidenze che permettono di stabilire "a priori" ciò che può essere considerato significativo per un malato o per una comunità. Quindi essi prendono sia delle decisioni teoriche che delle decisioni pratiche.

La medicina quale scienza sperimentale è come se scommettesse sulla coerenza tra ciò che è "a priori" e ciò che è "a posteriori" (teoria e pratica).

Da questo punto di vista il presupposto della sperimentale è che la malattia che riguarda l'ammalato studiata nei laboratori, nei gabinetti diagnostici, sia essenzialmente *la stessa* di quella reperibile in "natura" e per tutti gli ammalati dello stesso tipo.

Ma, così facendo, si dà luogo a una visione scientifica del malato che suppone che una domanda pertinente in certe condizioni sperimentali mantenga, altrove e per tutti, la stessa pertinenza e dunque possa servire, in qualità di evidenza, da modello permettendo così di generalizzare le scelte.

In questo quadro la questione della complessità può aiutare a far evolvere quello che in pratica è un prolungamento della visione “complicata” della conoscenza medica, da un malato a tutti i malati di quel tipo (uno a molti) nel tentativo di ridiscutere il riduzionismo di un simile approccio.

In fin dei conti, sia in medicina che in sanità, l’operazione riduzionistica viene sottolineata da due tipi di asserzioni: “ciò non è altro che...”, “se avessimo più dati (quindi più strumenti, più calcoli, più conoscenze) potremmo...”. Nella logica della complessità, la pertinenza, specie se agitata nel senso “dell’uno a uno” (molti a uno e uno a molti) cambia le affermazioni: “questo... ma in altre situazioni quello... o anche quell’altro”.

Tutto questo porta a interrogarsi su cosa veramente significhi “comprendere” una persona malata o una comunità di salute.

Non c’è nessun dubbio che la comprensione delle malattie passi obbligatoriamente per una conoscenza bio-medica del malato. Ma, nel momento in cui la pertinenza può ridiscutere le regolarità di tale conoscenza essa fa di quel malato automaticamente un caso *singolare*.

Questa è la massima espressione della complessità in medicina e in sanità.

Lo stesso discorso vale per una comunità rispetto alla salute.

Non vi è alcun dubbio che la comprensione dei bisogni di salute passi per una conoscenza epidemiologica, socio-economica, medica e quindi per una serie di servizi, strumenti, dati. Ma in funzione della pertinenza, anche a livello di comunità, si possono avere delle singolarità.

Insomma, in un contesto federalistico in regime di complessità, il problema che giustifica il federalismo stesso è quello di creare le condizioni favorevoli, sia dal punto di vista dei contenuti che da quello delle forme organizzative, per fare in modo che si creino le garanzie per una medicina e una sanità pertinenti.

In una comunità, diversamente da un ambito di tipo nazionale, un giudizio che distingue ciò che è pertinente e ciò che è insignificante resta un giudizio ad hoc. In quanto tale esso non può essere generalizzato, o reso universale, senza prima definire delle precauzioni. Esso dipende dalle situazioni, dai contesti, dalla variabilità individuale e sociale.

In altri termini, è a partire da un regime comunitario di attività e non a priori e una volta per tutte, che si può decidere che cosa sia o meno significativo e di che cosa si abbia bisogno.

La complessità ci insegna che è difficile sapere “a priori” di che cosa abbia bisogno una comunità o un malato, e che non è facile stabilire “a priori” ciò che si debba prendere in considerazione e ciò che valga la pena trascurare. È una lezione, da questo punto di vista, importante.



## Conclusioni

Insomma, la complessità è un tema che non deve prenderci la mano. Esso è allo stesso tempo importante e ambiguo.

Con questo tema la scienza si difende dalle accuse di “riduzionismo” e, insieme, lascia immaginare nuove, e infinite, possibilità di conoscenza.

Lo stesso vale per la politica. Cosa vuol dire “la salute è una questione complessa”?

Significa presupporre che esiste una salute solo complicata o addirittura semplice? Ma è ragionevole pensare in questo modo? Definire qualcosa come complicato significa sottintendere che esso sia comprensibile a partire da un modello semplice, cioè ridotto.

La complessità, in questo quadro, riverifica le valutazioni che provengono da modelli semplici. E questo, nel campo della salute è auspicabile.

In ultima analisi, le politiche sanitarie sono complesse perché si indirizzano a soggetti prodotti dalla storia, sia dal punto di vista genetico che da quello sociale, capaci a loro volta di produrre storia in un senso e nell'altro.

Una comunità come prodotto della storia, non è né un puro soggetto umano né un puro oggetto umano.

La complessità intrinseca a una comunità, o più semplicemente a una persona malata, riguarda il fatto che entrambe sono il prodotto di storie varie e molteplici.

Essa impone non un limite alle possibilità della politica o della medicina, ma la necessità di una politica e di una medicina intelligente che si assuma la responsabilità di formulare ai vari livelli domande pertinenti.

Queste domande sono scommesse circa l'oggetto o il soggetto che si interroga e nessun metodo può definirsi neutrale rispetto a esse.

La pertinenza è l'occasione per “far parlare” la comunità che si interroga. Mentre l'evidenza ci fa correre il rischio di “far tacere” la stessa comunità intesa nella sua inevitabile complessità.

La pertinenza ci aiuta a superare tra le tante dicotomie (teorie/fatti; oggetto/soggetto; razionale/irrazionale; ecc.) quella che, a livello comunitario o a livello di una persona malata, non ha alcun senso, cioè quella che separa coloro che sanno riconoscere i fatti da coloro che propongono delle opinioni.

Opinioni e fatti, nel campo della salute, non sono separabili, sia a livello collettivo che individuale.

Nessuna scienza della complessità e nessun metodo della complessità può essere in grado di aprire ciò che è chiuso, vale a dire le mentalità, le abitudini, le credenze, i convincimenti. Il tema della complessità riguarda la capacità di cambiare il mondo cambiando semplicemente le domande per spiegarlo.